

**4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia**

**Mobilidade da Mulher no primeiro Estádio do
Trabalho de Parto: o papel do Enfermeiro
Obstetra**

Ana Teresa da Silva Pinto



LISBOA

Outubro 2014

**4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia**

Relatório de Estágio apresentado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**Mobilidade da Mulher no primeiro Estádio do
Trabalho de Parto: o papel do Enfermeiro
Obstetra**

Ana Teresa da Silva Pinto

Orientadora: Prof. Esmeralda

LISBOA

Outubro 2014

"Para mudar o mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer."

Michel Odent

AGRADECIMENTOS

Os meus primeiros agradecimentos vão para a Professora Esmeralda Afonso por todo o apoio, disponibilidade, acompanhamento e motivação durante a orientação dos Ensinos Clínicos e deste relatório.

À Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia Ana Margarida Serafim, pela orientação no local de estágio, pela partilha de conhecimentos, pela confiança demonstrada, pelo incentivo e pela amizade.

Às parturientes a quem prestei cuidados e que contribuíram para o aprofundamento do meu tema de estudo.

À minha família, pelo apoio, compreensão e pelos momentos em que estive menos presente.

RESUMO

Trata-se de um relatório final de estágio do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Teve como finalidade descrever e analisar as competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstétrica e ginecológica, sobretudo na Unidade Curricular (UC) “Estágio com Relatório”, em contexto de Bloco de Partos. Destaca-se o desenvolvimento de competências nos cuidados de enfermagem à mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto, dado que esta competência específica está relacionada com a temática do relatório.

A temática escolhida foi contextualizada no modelo de cuidado transpessoal de Jean Watson. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, bem como a revisão sistemática da literatura, procurando conhecer a evidência científica existente sobre a temática em causa.

Este relatório, possibilitou a reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, focando como aspeto principal, conhecer e explorar o fenómeno da mobilidade da mulher durante o primeiro estágio do trabalho de parto, tendo em conta os seus benefícios.

A evidência científica e a minha experiência em estágio, demonstraram que a mobilidade da mulher no trabalho de parto tem benefícios para si e para o feto, nomeadamente, contratilidade uterina de maior amplitude e com repercussões no apagamento do colo, diminuição da duração do trabalho de parto, pela pressão do feto na pelve, diminuição da probabilidade de padrões anormais na frequência cardíaca fetal, alívio da dor da parturiente e aumento da liberdade de movimentos.

Palavras-chave: cuidado transpessoal; mobilidade em trabalho de parto; benefícios da mobilidade em trabalho de parto; primeiro estágio do trabalho de parto.

ABSTRACT

This is the final report of the training in the Course of Master Nursing Midwifery and Maternal Health. Aimed to describe and analyze the skills developed within the skilled nursing care for maternal, obstetric and gynecological health, especially in the curricular unit "Stage Report" in the Childbirth block context. However emphasizes the development of skills in nursing to women in the first stage of Labor, as this specific competence is related to the specific theme of the report.

The thematic selected was grounded in transpersonal care of Jean Watson model. A narrative review of the literature was performed, as well as the systematic literature review, seeking to know the existing scientific evidence on the thematic in question.

This report allowed the reflection on the practice of skilled nursing care in obstetrics and maternal health, focusing on the main aspect, know and explore the phenomenon of mobility in a women, during the first stage of labor, taking into account its benefits.

The scientific evidence and my experience on stage demonstrated that the mobility of women in labor has benefits for her and her fetus, including uterine contractility of greater magnitude and repercussions in effacement of the cervix, shorter duration of labor, the pressure of the fetus in the pelvis, decreased likelihood of abnormal patterns in fetal heart rate, pain relief parturient and increased freedom of movement.

Keywords: transpersonal caring; mobility in labor; benefits of mobility in labor; first stage of labor.

LISTA DE SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Partos

CMMF – Consulta de Medicina Materno-Fetal

CPN – Consulta Pré-Natal

CS – Centro de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESMOG - Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

ITP – Indução do Trabalho de Parto

ICM – Internacional Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UMMF – Unidade de Internamento de Medicina Materno Fetal

INDICE

INTRODUÇÃO	10
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ENSINO CLÍNICO.....	15
2.QUADRO DE REFERÊNCIA.....	17
2.1 Trabalho de Parto de Baixo Risco	17
2.2 Verdadeiro Trabalho de Parto vs Falso Trabalho de Parto	19
2.3 Benefícios da Mobilidade no Trabalho de Parto	20
2.4 Cuidados de Enfermagem à Mulher em Trabalho de Parto.....	23
3.ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	26
3.1 O cuidado à mulher durante o período pré-natal	28
3.2 O cuidado à mulher durante o trabalho de parto	31
3.2.1 Mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto	38
3.3 O cuidado à mulher/RN no puerpério	40
4.METODOLOGIA.....	42
4.1 Reflexão e Análise dos Resultados Decorrentes da Revisão Sistemática da Literatura.....	45
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICE I – Apresentação dos artigos selecionados para a Revisão Sistemática da Literatura	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Critérios para a formulação da pergunta orientadora da problemática...42

Quadro 2: Processo de pesquisa da Revisão da Literatura.....44

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na unidade curricular (UC) “Estágio com Relatório” foi desenvolvido este relatório, que intitulei de *“Mobilidade da Mulher no primeiro Estádio do Trabalho de Parto: o papel do Enfermeiro Obstetra”*.

Pretendo, com este trabalho, explicitar as competências desenvolvidas durante a realização da UC Estágio com Relatório e analisar os benefícios da Mobilidade da parturiente, no primeiro estágio do Trabalho de Parto. Pretendo também, com a discussão pública do mesmo, a obtenção do grau de Mestre.

A pertinência do tema do relatório, advém da minha experiência profissional, enquanto enfermeira generalista num Bloco de Partos, no qual a deambulação das parturientes ainda é uma prática pouco comum, mesmo as que se encontram na fase latente do trabalho de parto. Desta forma, com o aprofundamento deste tema, pretendo, como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG), poder contribuir para a mudança de algumas práticas benéficas para a parturiente e para o feto.

Tal como mencionado pela OMS (1996), a mulher, deve ter a liberdade de escolher a posição e movimentação durante o trabalho de parto e deve ser estimulada a posições não supinas durante o mesmo. Também a APEO (2009), refere que a mobilidade constitui uma estratégia de conforto, que está associada a um trabalho de parto menos demorado e sem repercussões para a mãe e para o filho. Desta forma, traz benefícios para ambos tais como, diminuir a dor, facilitar a circulação materno-fetal, promover a contratilidade uterina e encurtar o tempo da primeira fase do trabalho de parto. Para além disso, a verticalidade e o movimento permitem que o feto tenha o máximo de espaço possível na pelve.

Esta problemática enquadra-se no âmbito das competências H2 e H3 do EEESMOG, “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” e “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p. 8663 e 8664).

Relativamente às Competências da *Internacional Confederation of Midwives* (ICM), enquadra-se nas competências 3 e 4, que visam cuidados de alta qualidade na gravidez, promovendo a saúde e a deteção de algum problema e ainda o tratamento derivado de complicações da gravidez, assim como no trabalho de parto, permitindo que seja seguro e despistando situações de emergência tanto para a mãe como para o recém-nascido (ICM, 2010).

No período pré-natal, o enfermeiro especialista pode intervir no âmbito desta temática, através dos planos de preparação para o parto, incentivando e empoderando a mulher acerca dos benefícios da deambulação no primeiro estágio do trabalho de parto, referindo as vantagens existentes tanto para a mulher como para o filho. Pode também, ajudar a mulher a perceber o início da fase latente do trabalho de parto, evitando que a mesma, se dirija ao hospital numa fase precoce.

No entanto, em determinadas situações, as mulheres podem ser internadas por patologia materna/fetal, para indução do trabalho de parto ou ainda numa fase latente do mesmo, desta forma é benéfico para a mulher mobilizar-se, no primeiro estágio do trabalho de parto, desde que não exista contra-indicação clínica. Perante este cenário, o EESMOG deve atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantido intervenções de qualidade e risco controlado.

Subjacente a este relatório está um referencial teórico de enfermagem, dado que o mesmo constitui uma ferramenta com o objetivo de guiar o pensamento e os cuidados de enfermagem, centrado na própria ciência do cuidar, de forma a ajudar, a sistematizar e a organizar o pensamento e ação do enfermeiro.

Desta forma, optei pela teoria do Cuidar Transpessoal da Jean Watson, pois para Watson (2002) a Enfermagem consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e ação, com algum grau de paixão. O Cuidar é visto como o ideal moral da Enfermagem e consiste em tentativas transpessoais de humano para humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade. O objetivo é ajudar o outro a ganhar auto-conhecimento, controlo e auto restabelecimento.

Assim, cabe ao EESMOG estabelecer uma relação de auto-confiança com a grávida/parturiente, com o intuito de a empoderar, sobre os benefícios da

mobilidade, tanto para a mãe como para o feto, no primeiro estágio do trabalho de parto. Para Watson (2002), numa relação de confiança promove-se e aceita-se a expressão, tanto de sentimentos positivos como negativos. Envolve coerência, empatia, calor humano e uma comunicação eficaz. A coerência implica ser verdadeiro, honesto, genuíno e autêntico. A empatia é a capacidade de experimentar e compreender as perspetivas e sentimentos das outras pessoas. O calor humano é demonstrado por um tom de voz moderado, uma postura aberta, descontraída e coerente com o discurso.

Também as emoções têm um papel central no comportamento das pessoas. Uma inconsistência/incongruência entre pensamentos e sentimentos pode levar à ansiedade, ao stress, à confusão e ao medo. Assim devemos estar atentos aos sentimentos das pessoas para manter e promover a saúde.

A metodologia escolhida para o aprofundamento da temática em causa foi a revisão sistemática da literatura (RSL), com recurso à plataforma EBSCO e b-ON. A questão de pesquisa que esteve subjacente à RSL foi a seguinte: *Quais os benefícios da mobilidade da mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto?*

De acordo com o preconizado no “Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório” (ano letivo 2013-2014)¹, e com a problemática específica que pretendia desenvolver, defini 4 objetivos gerais para o “Estágio com Relatório”:

- Desenvolver competências no cuidado à mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal
- Desenvolver competências no cuidado à mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina

¹ Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Regente M^a Anabela Ferreira dos Santos. 4^o Curso de Mestrado Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Ano Letivo 2013-2014.

- Desenvolver competências no cuidado à mulher/recém-nascido (RN), inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade
- Desenvolver competências no âmbito da mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto.

Este último objetivo apesar de estar enquadrado no segundo, que visa o desenvolvimento de competências relativas ao cuidado de enfermagem à mulher no trabalho de parto, refere-se à temática específica do meu projeto “Mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto: o papel do Enfermeiro Obstetra”. Relativamente a este objetivo, defini os seguintes objetivos específicos:

- Analisar os benefícios que a mobilidade, no primeiro estágio do TP, traz para a mulher e para o filho;
- Aprofundar conhecimentos sobre estratégias de mobilidade que poderão ser utilizadas pela parturiente no primeiro estágio do TP;
- Desenvolver estratégias promotoras do empoderamento da mulher, para o auto-cuidado relativamente ao início do TP (nomeadamente na identificação do início do TP e de quando se deve dirigir ao serviço de urgência);
- Desenvolver estratégias promotoras do empoderamento da mulher, relativamente a posições a adotar no primeiro estágio do TP;
- Desenvolver estratégias de sensibilização dos profissionais de saúde, para a importância da mobilidade da parturiente no primeiro estágio do TP.

Este relatório encontra-se estruturado em 5 pontos, sendo que o ponto 1 retrata uma breve contextualização do local de desenvolvimento da UC “Estágio com Relatório”, tendo em conta a sua missão e valores.

No ponto 2, uma vez que se trata de uma temática intrínseca ao parto, será apresentado o quadro de referência, onde se aborda o trabalho de parto de baixo risco, os benefícios da mobilidade e os cuidados de enfermagem, tendo em conta o modelo de cuidado transpessoal de Jean Watson.

No ponto 3 é realizada a descrição e análise das competências desenvolvidas, dando maior ênfase às que estão relacionadas com a temática do projeto “Mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto”.

No ponto 4, encontra-se a metodologia. O objetivo será dar resposta à questão PICO elaborada, a partir de uma abordagem qualitativa, sendo a metodologia adotada a revisão sistemática da literatura. É ainda apresentada uma análise dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura.

O trabalho termina no ponto 5, com a apresentação de algumas considerações finais, visando a resposta aos objetivos delineados.

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ENSINO CLÍNICO

Este ensino clínico, em contexto de bloco de partos foi realizado num Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo, durante o período de 20 Fevereiro de 2014 a 11 de Julho de 2014.

Este hospital, tem por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua área de abrangência. Tem ainda por objetivo desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas. Tem ao longo dos anos, interiorizado uma cultura de prestação de serviço público enformada por valores que são potenciados e promovidos, tais como a colocação do doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde; a observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar; a equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde; a promoção da saúde; a promoção da qualidade; a conservação do património e proteção do meio ambiente e a eficiência na utilização dos recursos.²

A Maternidade do hospital em causa, realiza em média cerca de três mil partos por ano. O Bloco de Partos (BP) e o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) situam-se no piso 1 do edifício central e procuram prestar cuidados de saúde diferenciados à população feminina desde a abertura do Hospital.

Estes serviços são reconhecidos pela sua qualidade, uma vez que regem toda a sua prestação de cuidados à população tendo como princípio, que todos têm direito de receber cuidados eficientes e de qualidade, sem discriminação de raça, nacionalidade religião ou situação socioeconómica, facilitando, o acesso e a equidade na prestação de cuidados de saúde.

É um hospital perinatal diferenciado e Hospital Amigo dos Bebés (UNICEF) desde 2005. Dispõe de um corpo clínico de obstetras, neonatologistas e anestesistas de competência e experiência reconhecidas; um corpo de enfermagem

² As informações referentes à instituição, foram consultadas no *site* da própria Instituição.

especializado em cuidados à mulher, à grávida, parturiente, no pós-parto e ao recém-nascido; um serviço de urgência obstétrica e ginecológica disponível 24 horas por dia, ao longo de todo o ano; um Bloco de partos dotado dos recursos físicos, humanos e tecnológicos; uma unidade de cuidados neonatais e um sistema de segurança para recém-nascidos, através do sistema de pulseiras eletrônicas.

Relativamente à privacidade, todo o trabalho de parto desenvolve-se em quartos individuais. Todas as utentes que recorrem ao SUOG também são triadas e observadas em salas de observação individual, na qual se respeita a confidencialidade e privacidade.

A nível de conforto, dispõem de todos os equipamentos necessários ao conforto das utentes. Todas as salas dispõem de aparelhagens de som, em que a utente pode levar música da sua preferência.

O BP encontra-se equipado com cardiotocógrafos ligados a uma central de monitorização, permitindo a monitorização permanente do bem-estar materno-fetal sem intrusão na privacidade do casal. Dispõe de equipamento de monitorização por telemetria que permite a livre movimentação da grávida.

No BP, é permitida a presença de uma pessoa significativa no decurso do trabalho de parto. No SUOG também é permitida a visita de acompanhantes a utentes internadas no serviço de observação.

Relativamente à relação precoce da tríade fomenta-se o contato pele a pele entre a mãe e o recém nascido, logo após o nascimento, bem como a amamentação nos primeiros 30 minutos de vida, com vista à promoção da vinculação entre mãe-recém-nascido.

A Maternidade deste hospital, recebe periodicamente visitas de grupos de grávidas que realizam preparação para o parto nos Centros de Saúde da área de influência. Estes grupos são recebidos por um enfermeiro do serviço, que faz uma visita guiada às instalações físicas, explica o modo de funcionamento/ dinâmica do serviço e esclarece dúvidas colocadas.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Segundo Fortin (1999), o quadro de referência, tem como função documentar a fonte das ideias e enriquecer a justificação que sustenta a problemática. Neste sentido, neste ponto é abordado o trabalho de parto de baixo risco, a diferença entre o verdadeiro e o falso trabalho de parto, os benefícios da mobilidade da mulher no trabalho e parto e os cuidados de enfermagem à mulher em trabalho de parto.

2.1 Trabalho de Parto de Baixo Risco

Para Graça (2005 p.271), trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos, que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.

O trabalho de parto é considerado de baixo risco, se a mulher se encontra no termo da gravidez, se esta decorreu sem complicações, apenas com um feto, com apresentação em vértice e quando o trabalho de parto não ultrapassa 18 horas (Lowdermilk & Perry, 2008 p.346).

O trabalho de parto divide-se em quatro estádios: o primeiro estágio inicia-se com a contratilidade uterina regular, o apagamento do colo do útero e o começo da descida da apresentação e termina com dilatação completa do colo uterino. O segundo estágio inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. O terceiro estágio decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e membranas (dequitação). O quarto estágio decorre nas duas horas após a dequitação, caracterizado de puerpério imediato (Graça, 2010; Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente ao primeiro estágio está dividido em três fases, sendo a fase latente, a fase ativa e a fase de transição (Lowdermilk & Perry, 2008).

A fase latente inicia-se com a contratilidade, verificando-se grandes progressos no processo de apagamento do colo, mas pouco na descida do feto.

Esta fase decorre até aos 4cm de dilatação, de acordo com as indicações da OMS (1996).

A fase ativa, inicia-se nos 4cm de dilatação cervical, e conclui-se na dilatação completa, com o início dos esforços expulsivos. A fase de transição, é uma fase curta, que precede a dilatação completa, inicia-se aos 8cm de dilatação (Lowdermilk & Perry, 2008 p.415).

A avaliação do início do trabalho de parto é um dos aspetos mais importantes da sua condução. Na avaliação do TP devem-se valorizar, os seguintes aspetos: contrações uterinas regulares; apagamento e dilatação do colo uterino; perda de líquido amniótico; fluxo sanguinolento (APEO, 2009 p.41).

As contrações uterinas no trabalho de parto são dolorosas e involuntárias. A dor está relacionada com vários fatores: hipoxia miometral provocada pela compressão dos vasos que o irrigam; compressão dos nervos do colo e do segmento inferior pela contração dos feixes musculares; um estiramento do colo durante a dilatação; e estiramento do peritoneu adjacente (Graça, 2005 p.271).

O intervalo entre as contrações diminui gradualmente, iniciando-se com um intervalo de 10 minutos (fase latente), e terminando com um intervalo de 1 minuto no período expulsivo (Graça, 2005 p.271).

Também Graça (2005, p.271) menciona que os períodos de relaxamento do miométrio entre as contrações, são fundamentais para a normal evolução do trabalho de parto e para o bem-estar fetal, uma vez que, as contrações muito frequentes ou prolongadas interferem com o fluxo sanguíneo útero-placentário, diminuindo a oxigenação fetal.

2.2 Verdadeiro Trabalho de Parto vs Falso Trabalho de Parto

Visto que, ainda na fase latente do trabalho de parto, a mulher deve assumir posições confortáveis, é importante que a mesma, a partir da sintomatologia que apresenta, consiga identificar se está em franco trabalho de parto, de forma a deslocar-se à maternidade já numa fase ativa, evitando assim, internamento por falso trabalho de parto ou numa fase muito precoce.

Assim, mencionado por Bobak et al (1999), o falso trabalho de parto é caracterizado por contratilidade irregular, ainda que temporariamente seja regular. Por vezes esta contratilidade reverte com o andar ou a alteração de posição e as dores incidem nas costas ou abdómen, acima do umbigo, e normalmente são aliviadas com medidas de conforto.

Já no verdadeiro trabalho de parto, a contratilidade é regular, tornando-se as contrações cada vez mais intensas, prolongadas e frequentes, aumentam de intensidade com o caminhar, incidem na região lombar, irradiando para a porção inferior do abdómen, não cedem às medidas de conforto.

Lowdermilk & Perry (2008), descrevem os sinais que precedem o parto tanto na primigesta como na múltipara. Na primigesta, o útero desloca-se para baixo e para a frente cerca de 2 semanas antes do termo da gravidez, altura em que a apresentação desce para a pequena bacia. A este processo denomina-se insinuação e, após o mesmo, as mulheres sentem-se menos congestionadas, respiram com maior facilidade e acresce um aumento da pressão da bexiga, consequentemente um retorno à situação de maior frequência urinária.

Na múltipara, a insinuação pode não ocorrer até que as contrações uterinas estejam estabelecidas e o trabalho de parto verdadeiro se inicie.

Também nos dias que antecedem o trabalho de parto, é comum uma perda de 0,5 a 1,5 kg de peso, devido a perda de líquidos, resultante das alterações de eletrólitos, em consequência da variação dos níveis de estrogénio e progesterona. Também é comum uma sensação de aumento de energia, sendo que, a maioria das mulheres referem canalizar essa energia para a limpeza da casa, de forma a deixar

tudo em ordem. Com menor frequência algumas mulheres apresentam diarreia, náuseas, vômitos e indigestão (Lowdermilk & Perry, 2008).

2.3 Benefícios da Mobilidade no Trabalho de Parto

Para Lowdermilk & Perry (2008 p.344), a posição materna influencia a sua adaptação anatômica e fisiológica ao trabalho de parto. As posições verticais, como andar a pé, estar sentada ou de cócoras, oferecem algumas vantagens e são as que promovem uma maior mobilidade. As mudanças frequentes de posição, aliviam a fadiga, aumentam o conforto e promovem a circulação. Deste modo, a mulher em trabalho de parto deve ser encorajada a adotar posições, que considere mais confortáveis.

Para Mamede, Mamede & Dotto (2007), é importante a mobilidade devido à adaptação anatômica, pois os ossos da pelve são destinados a proteger e guiar o feto no momento do nascimento. A bacia óssea é mantida por um sistema de ligamentos os quais, durante a gravidez, ficam laxos devido à influência da relaxina. Devido a esse relaxamento, há uma maior flexibilidade das articulações pélvicas, aumentando o espaço no interior da bacia pélvica, especialmente quando a parturiente se movimenta e muda a posição corporal.

A mulher permanecendo na posição vertical faz com que as suas coxas funcionem como uma alavanca para a pelve, o que facilita a abertura da passagem do estreito inferior, tornando-a uma passagem mais fácil para o feto. Assim, favorece um aumento de 28% no espaço interior do estreito inferior da bacia pélvica.

De acordo com a APEO (2009), a posição vertical, no primeiro estágio do trabalho de parto, é definida como qualquer posição que evite estar deitada. Esta pode incluir a deambulação, estar sentada (podem ser utilizadas bolas de parto), estar de pé (oscilando e girando as ancas quando as contrações não são tão eficazes), de joelhos (é uma boa posição para “abrir” a pélvis e libertar as tensões das costas), em quadrúpede (útil quando a dor é na zona lombar) e ainda de cócoras (sobre o banco de parto).

Lowdermilk & Perry (2008), Lawrence et al (2009) e Mota e Silva et al (2011), referem que a ação da gravidade ajuda na descida do feto, e que as posições verticais favorecem a contratilidade e são mais eficazes no apagamento e dilatação do colo, levando a um trabalho de parto mais curto e sem repercussões para a mãe e para o filho. Ainda facilitam a circulação materno-fetal, que tal como Lowdermilk & Perry (2008) evidencia, a posição vertical é benéfica para o débito cardíaco materno, uma vez que este, está aumentado, devido às contrações uterinas condicionarem o retorno do sangue aos leitos vasculares. Assim a deambulação constitui uma estratégia de conforto e está associada a um trabalho de parto menos demorado.

Para Mota e Silva et al (2011), Bloom et al (1998) e Lawrence et al (2009) a mobilidade ocasiona uma diminuição da dor materna e diminui o trauma perineal.

Também a mobilidade está associada a um índice reduzido de partos distócicos, e a um uso menos frequente de analgesia, tal como menciona Alberts (1997), citado por Mamede (2005, p.31).

Ainda para Gallo (2000), citado por Mamede (2005 p.30), a ventilação pulmonar materna e o equilíbrio ácido-base da parturiente e do feto, melhoram na posição vertical e estudos revelam que se obtêm melhores resultados, tanto durante o período de dilatação como no expulsivo, com a mulher numa posição não supina.

Por tudo o referido, percebe-se que a posição deitada, não é aconselhada para o trabalho de parto, pois não facilita a progressão do trabalho de parto, nem o conforto da mulher. Como refere Mota e Silva et al (2011), a posição supina traz malefícios materno-fetais, contratilidade ineficiente e mau posicionamento fetal, pois este fica em paralelo com a espinha dorsal materna, aumentando o número de distócias por prejudicar a progressão da descida fetal.

Desde 1996, que a OMS, preconiza como práticas eficientes, a liberdade para a parturiente movimentar-se e não ficar em posição supina, pois esta não melhora a evolução do trabalho de parto.

E desta forma, Robertson (2000), recomenda que se deve encorajar a parturiente a movimentar-se durante o trabalho de parto, até que a mesma encontre uma posição que a conforte.

Para Bobak et al (1999) a deambulação sem restrição, pode ser encorajada se as membranas estiverem intactas ou, em caso de rotura de membranas, se a apresentação fetal estiver encravada. E também de acordo com Melzack et al (1991) citado por Bobak et al (1999), estar sentada ou de pé, no início do trabalho de parto, é mais confortável do que estar deitada.

Poder mover-se livremente durante o processo de trabalho de parto, ajuda a mulher a lidar com a sensação dolorosa.

Várias podem ser as estratégias de mobilidade que poderão ser utilizadas pela mulher no primeiro estágio de TP. Uma boa estratégia para a promoção da livre movimentação é o uso da bola (APEO, 2009; Mota e Silva et al, 2011). Também o estar de pé, apoiada com as mãos na parede, as pernas bem separadas, oscilando e girando a anca, quando as contrações não são tão eficazes, favorece a progressão da dilatação e alivia a dor. A posição de joelhos, sobre o chão, com as costas direitas, as pernas separadas e os tornozelos para fora é uma boa posição para “abrir a pélvis e libertar a tensão das costas. Em quadrúpede ou de gatas, é uma posição útil, quando a dor é na zona lombar, a massagem, a contrapressão e o calor aliviam, e é útil para tentar rodar apresentações posteriores. De cócoras, sobre o banco de parto, também aumenta o diâmetro da pélvis, alivia a dor e favorece a progressão do trabalho de parto (APEO, 2009).

A mulher numa posição vertical, durante o trabalho de parto, sofre menos dor, logo, apresenta menos necessidade de analgesia epidural, menos alterações no padrão de frequência cardíaca fetal e encurta o tempo do primeiro estágio do trabalho de parto, favorecendo que o bebé tenha o máximo de espaço na pélvis.

A utilização de água quente durante a fase de dilatação, induz a mulher ao relaxamento, reduz a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina, encurta o período de dilatação e aumenta o controlo da dor e a satisfação da parturiente (APEO, 2009 p.65). Não existe limite de tempo para a mulher permanecer no duche, devendo ser estas, estimuladas a permanecerem durante o tempo que desejarem (Lowdermilk & Perry, 2008).

2.4 Cuidados de Enfermagem à Mulher em Trabalho de Parto

A experiência de parir é única para qualquer mulher. O trabalho de parto, o parto e o pós-parto são ricos em recordações e memórias que perduram além do momento em que acontecem. Mesmo anos após o nascimento do bebé, a mulher lembra-se de pormenores do trabalho de parto e de sensações de quando o bebé nasceu. Pode-se falar com qualquer avó sobre o parto que, quase imediatamente, ela começa a falar da sua própria experiência.

Segundo Kitzinger (1995 p.21), é pouco provável que qualquer experiência da vida humana, seja comparável a esta. Para esta autora, parir é uma experiência marcante para qualquer mulher, inserida numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo. É marcante por todos os momentos e acontecimentos que fizeram parte do seu trabalho de parto e parto, que o tornaram inesquecível. São recordações que acompanham para sempre cada mulher ao longo da sua vida, bem como o casal e os seus conviventes mais próximos.

Da mesma forma, os diferentes acontecimentos, interações e intervenções hospitalares que acontecem durante o trabalho de parto, podem influenciar de forma positiva ou negativa a atitude da mulher, com consequências emocionais e comportamentais futuras. Fisher et al. (1997) defendem que as memórias sobre o parto permanecem ativas, a nível cognitivo e psicológico, continuando a influenciar as perceções da mulher sobre a experiência vivida, durante muito tempo.

O trabalho de parto é um momento desafiador e exigente para a parturiente, tanto a nível emocional, como a nível físico. Ao longo do trabalho de parto a mulher pode expressar sentimentos variados, como alegria, felicidade, angústia, medo, estes, que se podem intensificar ao longo da evolução do trabalho de parto, consoante o desconforto físico ou emocional. É importante o apoio emocional e o contributo da EEESMOG, no sentido, de cuidar da pessoa, de perceber a experiência vivenciada pelo outro, tendo como ideal, o cuidar na relação com as pessoas: o cuidar transpessoal.

Este é um dos conceitos essenciais especificados no modelo de Watson. Esta autora entende por relação transpessoal uma forma específica de cuidar da pessoa,

uma relação em que ambos, cliente e enfermeira, consideram o todo da pessoa e a sua forma única de estar no mundo. É a união espiritual entre duas pessoas em que ambas transcendem o “eu”, o tempo, o espaço e a história de vida de cada uma.

No cuidar transpessoal, o enfermeiro pode entrar na experiência da outra pessoa, e o outro pode entrar na experiência do enfermeiro. O ideal do cuidado transpessoal é o ideal de intersubjetividade, no qual ambas as pessoas estão envolvidas. O cuidar começa quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico de outra pessoa, sendo capaz de detetar a condição de ser da outra pessoa, sente estas condições no seu íntimo e responde à condição de tal forma que o recetor liberta sentimentos subjetivos e pensamentos que desejava libertar há muito tempo.

Assim, cabe ao EEESMOG, estabelecer uma relação empática com a parturiente/casal, baseando-se numa partilha de conhecimentos, de experiências vivenciadas, perspetivando-se do lado da pessoa cuidada, de forma que consiga perceber as suas ansiedades, medos, desmistificando os mesmos e transmitindo segurança e serenidade, prestando cuidados especializados de qualidade.

Estes cuidados especializados de enfermagem, visam um olhar para a humanização do trabalho de parto e parto, contribuindo com a iniciativa ao parto normal. Este modelo de assistência tem evoluído ao longo dos tempos, com o objetivo de melhorar a saúde perinatal. Estas práticas incluem o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, tendo em conta, o cuidar transpessoal.

Promover o conforto e a satisfação da mulher no trabalho de parto estão entre as tarefas mais importantes para o EEESMOG. As práticas que têm este objetivo fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e do uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento (Mota e Silva et al, 2011).

Sensibilizar as mulheres para esta prática, passa em parte pelo EEESMOG, durante a vigilância da gravidez, empoderando-as acerca dos benefícios, mencionados anteriormente. Uma forma de potenciar estas informações/esclarecimentos, é incentivar a mulher a frequentar sessões de preparação para o parto.

Nas sessões de preparação para o parto, os conteúdos abordados visam as estratégias para facilitar o parto normal. A APEO (2009), entende que é muito importante a luta pelo incremento dos benefícios do parto normal, privilegiando o respeito pelas crenças e valores da parturiente.

É importante a autonomia da mulher durante o trabalho de parto, participar nas decisões, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica (APEO, 2009).

Cabe ao EEESMOG, seguir os conselhos da OMS, e propugnar por um plano de nascimento, dar liberdade de posições e movimentos durante o trabalho de parto, tal como deambular, usar a bola de parto, incentivar o duche (como medida de relaxamento e alívio da dor), evitar o uso rotineiro da posição deitada durante o trabalho de parto. Estes profissionais devem ter a capacidade de promover apoio e segurança, na assistência ao parto normal, cuja prática, se baseia na evidência científica e não apenas na ajuda rotineira da tecnologia (APEO, 2009).

Assim, o EEESMOG, para assistência a um parto normal, deve de possuir formação adequada e atualizada para garantir a qualidade de assistência à mulher/casal. Deverá ter em conta as necessidades e as motivações de cada mulher, para planificar as suas atividades em função das mesmas.

A satisfação da parturiente, relativamente ao trabalho de parto, advém na sua maioria, pelo suporte recebido pelo profissional de saúde, pela relação estabelecida, que incluem uma comunicação eficaz e perceptível, sentimentos demonstrados, o seu envolvimento na tomada de decisão e a sua expectativa pessoal em relação à própria experiência de parto (Hodnett 2003, mencionado por Mamede 2005).

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste ponto procuro explicitar o desenvolvimento de competências preconizadas pela OE (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro) durante a realização do estágio no Bloco de Partos num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Tal como menciona Benner (2001, p.18), a enfermagem é exercida em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais. E desta forma, o desenvolvimento das competências do EEESMOG acontece em contexto teórico e prático. O contexto prático refletiu-se nos diferentes ensinamentos clínicos realizados no final do 1º ano e durante o 2º ano

Os EC são um contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências através das experiências. Benner (2001) defende que o desenvolvimento de conhecimentos consiste não só na acumulação de saber teórico, mas também em desenvolver o conhecimento prático, adquirido ao longo da experiência clínica vivida.

A experiência é necessária para a perícia, “uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas. Mas esse conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência” (Benner, 2001, p. 40). Nesta afirmação é perceptível a importância dos registos, para a nossa aprendizagem através da reflexão e das experiências vivenciadas.

Também Benner (2001, p. 32), refere que “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático, graças a estudos científicos fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”.

Atendendo à importância do relato escrito das aprendizagens realizadas, neste ponto, é apresentada uma descrição e análise das competências desenvolvidas no âmbito da UC Estágio com Relatório em contexto de Bloco de

Partos. São também descritas atividades desenvolvidas noutros ensinamentos clínicos, que decorreram ao longo do curso, e que contribuíram para o desenvolvimento de competências relacionadas com a temática do meu projeto - Mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG, o enfermeiro especialista, assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes, em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

Deste modo, as competências desenvolvidas, incidem com maior predominância nas seguintes áreas de intervenção:

- Gravidez - assistência à mulher/casal a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal.
- Trabalho de Parto – assistência à mulher/casal a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto.
- Puerpério – assistência à mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal.

Para o desenvolvimento destas competências, e de acordo com o tema predominante deste relatório, foram propostas e desenvolvidas algumas atividades, em contexto de cuidados a utentes grávidas e em trabalho de parto. De seguida são abordadas competências específicas do cuidado à mulher, nas vertentes, pré-natal, trabalho de parto e parto e puerpério.

3.1 O cuidado à mulher durante o período pré-natal

Com o objetivo de desenvolver competências no cuidado à mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, desenvolvi diversas atividades ao longo dos Ensinos Clínicos. Estas competências, foram essencialmente desenvolvidas durante a realização do EC III (Cuidados de Saúde Primários) e EC IV (Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal)

No EC III, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem, a mulheres grávidas, cuja gravidez era de baixo risco, despistando desvios à gravidez fisiológica e referenciando as situações que estavam para além da minha área de atuação. Informe e orientei acerca de estilos de vida saudáveis na gravidez, sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez, entre outros.

Referente à temática do meu projeto, foram prestados individualmente esclarecimentos sobre os benefícios da mobilidade no trabalho de parto, foram-lhes explicados os exercícios que deveriam fazer, nomeadamente básculas, exercícios de Kegel, incentivadas a deambularem e a permanecerem maioritariamente na posição vertical durante o trabalho de parto.

Também, neste contexto clínico, foram elucidados os casais relativamente à elaboração de um plano de parto e caso pretendessem, foram incentivados a incluir a possibilidade de deambular, de permanecer na posição vertical. Assim como foram abordados os sinais de franco trabalho de parto, com o intuito de evitar que o casal recorresse ao hospital, ainda numa fase muito precoce, evitando deste modo, um possível internamento por falso trabalho de parto.

No contacto com os profissionais de saúde, com quem trabalhei, procurei sensibilizá-los, para a importância da mobilidade da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, pois os benefícios são francos. Tal como evidencia Piotrowski (2000), citado por Mamede et al (2004), a mobilidade aumenta a atividade uterina, reduz o desconforto do trabalho de parto, reforça o controlo da mulher sobre o

trabalho de parto e ainda fortalece uma interação mais próxima com o parceiro e com o profissional de saúde.

No EC IV, realizado numa Unidade de Medicina Materno-Fetal (UMMF), na área da Grande Lisboa, tive a oportunidade de conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher/família com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, nomeadamente: hipertensão (gestacional /induzida /crónica /síndrome HELLP), diabetes (pré-existente e gestacional), colestase gravídica, ameaças de parto pré-termo. Também tive a oportunidade de intervir junto de mulheres em situação de abortamento e com complicações pós-abortamento.

No que se refere, à temática específica do meu projeto, sempre que foi possível, e que não havia contraindicação para a mobilidade da mulher, incentivei a mesma a fazê-lo quando entrasse em trabalho de parto, desde que não se tratasse de um parto pré-termo.

Incidi, sobretudo, nas mulheres que entraram nesta unidade para realizar Indução de Trabalho de Parto (ITP). Aqui, a ITP realiza-se a mulheres que apresentam um Índice de Bishop desfavorável e um exsudado vaginal para *Streptococcus* do tipo B negativo. A ITP é realizada com um balão de folley, para *priming* do colo uterino. Permanecem nesta unidade durante 24h, altura em que é retirado o balão de folley e encaminhadas para a sala de partos, onde continuam a ITP. Também incidi em mulheres que foram internadas no BP, por falso trabalho de parto, acabando por ser transferidas para a UMMF, e ainda em mulheres com 1º ciclo de ITP falhado, acabando por irem descansar um dia à enfermaria.

A todas estas mulheres, expliquei os benefícios da mobilidade durante o trabalho de parto, incentivando-as a deambular, em alguns casos específicos, insistindo com elas e acompanhando-as, não desvalorizando as básculas e os exercícios de Kegel. A maioria destas mulheres reagiram bem e encontravam-se informadas de que a deambulação era importante para o trabalho de parto, no entanto desconheciam os benefícios concretos da mesma.

Relativamente aos profissionais de saúde, elucidei-os para este facto, visto ser um serviço onde pouco se incentivava a deambulação. Optei por abordar os colegas, durante os turnos que fiz com eles, procurando perceber se conheciam os

benefícios da mobilidade. Como na sua maioria, possuíam esses conhecimentos, procurei incentivá-los a coloca-los em prática, de forma a contribuir para a humanização do trabalho de parto e parto. Tal como referido por Mamede et al (2004) a humanização da assistência à mulher em trabalho de parto pressupõe um conjunto de condutas, procedimentos e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudável. Estas condutas, procedimentos e atitudes, podem ser e devem ser desenvolvidas, também durante os cuidados de saúde pré-natal.

Algumas das experiências vivenciadas nestes contextos clínicos, também ocorreram no estágio de Bloco de Partos, nomeadamente no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG). Apesar de ter realizado poucos turnos neste último serviço, tive, no entanto, a oportunidade de acompanhar mulheres em situação de abortamento, pois a mesmas ficam no serviço, numa unidade de observação (SO), com capacidade para duas camas.

No entanto, como no SUOG é o EEESMOG que realiza a triagem às utentes, predominou essa minha função (uma vez que era essa a responsabilidade da enfermeira orientadora que estava comigo), ficando a responsabilidade dos cuidados de enfermagem às utentes internadas no SO, para a outra enfermeira, que também se encontrava escalada no serviço.

As mulheres grávidas, habitualmente recorrem ao SUOG, por se encontrarem com alterações de saúde, cabendo ao EEESMOG realizar um diagnóstico precoce e prevenção de complicações de saúde da mulher em período pré-natal. As intervenções de enfermagem desenvolvidas neste contexto, relacionaram-se com a observação e validação de sinais e sintomas identificados pela grávida como desviantes da normalidade, questionamento sobre desconfortos da gravidez, sinais e sintomas possíveis de indicar desvios da gravidez fisiológica, sinais e sintomas de alerta (contratilidade, perdas vaginais, dor, alteração da visão, diminuição dos movimentos fetais), consulta do boletim da grávida para recolher informações sobre como decorreu a vigilância da gravidez, intercorrências e deteção de possíveis riscos associados, avaliação da tensão arterial, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, realização e avaliação de cardiotocografia, aconselhamento e esclarecimento de situações que estejam dentro da área de atuação do EEESMOG

e identificação e registo escrito das situações para referência ao médico obstetra.

As mulheres que se dirigiam ao SUOG, numa fase inicial de TP, eram internadas e incentivadas a deambular no serviço, a tomar um duche. Tudo isto era feito, com o intuito de serem encaminhadas para a sala de partos, já numa fase ativa do TP. Este procedimento ajuda as mulheres a sentirem alívio da dor, nomeadamente no duche e facilita a evolução do trabalho de parto, pois a contratilidade é mais eficaz, produzindo alterações no colo uterino e a pressão do feto no colo (que é mais evidente na posição vertical) facilita o apagamento do mesmo.

3.2 O cuidado à mulher durante o trabalho de parto

Ao longo do EC em bloco de parto procurei desenvolver competências no cuidado à mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Por trabalho de parto entende-se o processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Machado, 2010).

O trabalho de parto envolve quatro estádios: 1) apagamento e dilatação do colo - inicia-se com o aparecimento de contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo; 2) período expulsivo – inicia-se com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto; 3) dequitação – após a expulsão do feto terminando com a expulsão da placenta; 4) puerpério imediato – desde a expulsão da placenta até cerca de, duas horas após o parto, correspondendo ao período de recuperação e restabelecimento da homeostasia. (Lowdermilk & Perry, 2008).

De seguida serão descritas as diversas aprendizagens, com as intervenções que conduziram ao desenvolvimento desta competência, de acordo com o 1º, 2º, 3º e 4º estágio do trabalho de parto. No ponto 3.2.1 abordo sobretudo as atividades

relacionadas com a especificidade do meu projeto “Mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto”.

Sendo cada trabalho de parto uma experiência única e importante na vida da mulher/casal, foi extremamente gratificante para mim, poder contribuir de forma positiva nesse momento. A minha atuação procurou proporcionar e garantir as condições para que a experiência do nascimento fosse o mais positiva possível, partindo preferencialmente da vontade e desejos da mulher/casal para a vivência dessa experiência.

Neste serviço, na sua maioria, as grávidas foram admitidas numa fase ativa do trabalho de parto, tendo sido, raros os casos em que entraram para indução, ou numa fase latente do trabalho de parto. Para estas últimas situações, por norma, as grávidas são internadas na UMMF e só são transferidas para o bloco de partos, na fase ativa do TP, com 3-4 cm de dilatação, excepto se o traçado cardiotocógráfico fetal não for tranquilizador.

Durante a admissão da grávida, procurei fazer o acolhimento com tranquilidade e empatia, clarificando aspetos como a dinâmica do serviço e demonstrando disponibilidade para esclarecer as dúvidas. Na admissão também consultei o processo clínico, o processo de enfermagem da utente, e o Boletim da Grávida, para conhecer antecedentes pessoais, ginecológico, obstétricos, e intercorrências da Gravidez.

Aquando da sua chegada, procurei saber, se pretendiam analgesia para alívio da dor, nomeadamente epidural. A maior parte das respostas foi positiva, no entanto, algumas mulheres referiam logo que não pretendiam fazer analgesia e outras consideravam que ainda era cedo, queriam “aguentar” mais um pouco. A todas elas dei a possibilidade de deambularem e de usar a bola de partos, independentemente de terem epidural ou não. O único requisito para a deambulação nas mulheres que tinham epidural, era não terem bloqueio motor dos membros inferiores. Este bloqueio era testado pela força que conseguiam fazer com os membros inferiores. As mulheres que tinham rutura de membranas também se poderiam colocar na posição vertical, desde que a apresentação fetal se apresentasse bem apoiada.

Tal como evidencia, Mauriceu (2000), citado por Mamede (2005 p.32)

“...as mulheres sempre tiveram trabalhos de partos mais difíceis quando permaneciam demasiado tempo em suas camas durante o trabalho de parto, sobretudo muito pior quando se tratava dos primeiros filhos, do que quando lhes era permitido andar e movimentar-se, suportando sua barriga sob os seus braços, se necessário, pois desta maneira, o peso da criança, estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama, suas dores são menos fortes e frequentes, e seu trabalho de parto muito mais curto”

Relativamente a todas as mulheres em TP, a quem prestei cuidados, procurei perceber se tinham frequentado aulas de preparação para o parto e se tinham plano de parto. Ainda assim, elucidei-as a todas, acerca dos benefícios da mobilidade durante o trabalho de parto, incentivando-as a deambular, a usar a bola de parto, o duche. Tentei junto delas perceber a diferença que sentiam na posição horizontal *versus* posição vertical, e deixar que fossem elas a optar pela posição que melhor se sentiam.

Assumi sempre uma postura de questionamento à parturiente/casal demonstrando disponibilidade para aceder às suas solicitações, expectativas, desejos e dúvidas com vista a proporcionar sempre resposta a esses aspetos, procurando ir ao encontro daquilo que esperavam para o seu parto e pós-parto, tal como: informar sobre os mecanismos de parto, estratégias de relaxamento e controlo da respiração, possibilidade de contacto pele-a-pele com o bebé após o parto.

Durante o 1º estágio do trabalho de parto as intervenções realizadas foram a avaliação física da mulher, incluindo exame vaginal, cervicometria, avaliação da bacia materna, integridade das membranas, avaliação da estática fetal, avaliação contínua da contratilidade uterina e interpretação dos resultados, avaliação do bem-estar fetal, com realização da monitorização cardíaca fetal contínua (externa e interna) e interpretação dos resultados. Por princípio, durante o trabalho de parto deixei sempre a mulher com monitorização cardíaca fetal, mesmo que esta deambulasse, através do sistema de telemetria. Este sistema, permite à mulher ter liberdade de movimentos, sem deixar de se ouvir a frequência cardíaca fetal, e sem se deixar de avaliar a dinâmica uterina. Pela minha experiência, vivenciada neste

contexto, é notória a diferença de contratilidade numa posição horizontal e numa posição vertical. Nesta última as contrações atingem uma maior amplitude e tornam-se regulares.

Ainda, relativamente às intervenções no 1º estágio, foi avaliada a progressão do trabalho de parto fazendo o seu registo no partograma, e intervindo sempre que necessário, ou seja, sempre que o trabalho de parto não estava a evoluir, que a contratilidade existente não estava a ser suficiente para a sua evolução, eram discutidas medidas de intervenção, tal como rutura de membranas, caso ainda não existisse e administração de ocitócicos.

A avaliação da descida e variedade fetal foram sentidas como dificuldades iniciais, com maior relevo na classificação dos planos da apresentação. No entanto, estas dificuldades, foram progressivamente superadas, não se verificando no final do EC.

Nesse ensino clínico, tive a possibilidade de perceber a autonomia que um EEESMOG tem na condução do trabalho de parto, tendo em conta sempre as convicções e os desejos de cada parturiente/casal e desta forma, indo ao encontro das suas expectativas, explicando todos os benefícios e desvantagens e negociando com eles, sempre que necessário.

Relativamente ao posicionamento, tanto no trabalho de parto como no parto, foi sempre dada a oportunidade de escolha à mulher. Realizei partos em posição sentada, em decúbito lateral e no banco de parto. Tal como é referenciado pela OMS (1996, p. 35) como práticas úteis e que devem ser estimuladas, consta proporcionar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e parto.

Para o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher, no primeiro estágio do trabalho de parto, contribuiu o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância do bem-estar materno-fetal, através da avaliação do risco materno-fetal, sinais e sintomas verbalizados pela parturiente, sem ou com patologia associada ou concomitante com a gravidez (neste último caso foi dada especial atenção aos sinais e sintomas relacionados com a patologia pré-existente), registo de cardiotocografia, referenciando as situações que se verificaram estar para além da área de atuação, como por exemplo, situações de desaceleração

cardíaca fetal prolongadas e de lenta recuperação, sem resposta às intervenções realizadas de imediato.

No segundo estágio do TP, as intervenções centraram-se sobretudo, na execução do parto, em ambiente seguro. É de referenciar que todo o processo de trabalho de parto e parto decorrem na mesma sala, promovendo assim um ambiente mais acolhedor e securizante, com a possibilidade de ter música ambiente. Promover o conforto e a satisfação da mulher no trabalho de parto, estão entre as tarefas mais importantes dos provedores de cuidados (Mota e Silva et al, 2011)

Todas as técnicas realizadas foram adequadas e com supervisão da Enfermeira Orientadora, ocorrendo uma autonomia progressiva ao longo do tempo. Após avaliação de dilatação do colo uterino completa, a prática adotada foi a estimulação da mulher para a realização de esforços expulsivos durante a contração, em decúbito lateral, sentada, de pé ou no banco, até à descida e coroação da apresentação. Quando a mulher se encontrava acompanhada pelo seu convivente significativo o ensino era feito, incentivando o acompanhante para o seu envolvimento e participação orientando-o sobre a forma como poderia apoiar à mulher.

No período expulsivo, de uma maneira geral, a parturiente era incentivada a manter os esforços expulsivos utilizando a manobra de Valsalva, durante a contração. Contudo, quando se verificava dificuldade por parte da mulher em coordenar e controlar os esforços era dada orientação para fazer esforços de forma não dirigida. Atualmente já não existe indicação para a manobra de Valsalva, no entanto, esta era a forma mais eficaz da mulher conseguir fazer força corretamente, pois nas mulheres com analgesia epidural, os esforços de forma não dirigida, não se mostravam tão eficazes.

Foram realizados 45 partos eutócicos. Houve ainda participação ativa em partos, até à expulsão da apresentação, que não foram contabilizados, tendo-se verificado a necessidade de instrumentalização pela equipa médica.

A realização do parto obedeceu sempre ao uso de material, indumentária e uso de campos esterilizados, com desinfeção perineal. Os partos realizados foram todos de apresentação cefálica.

Os partos foram realizados em varias posições, nomeadamente litotomia, em decúbito lateral, sentada na cama e sentada no banco de parto. Qualquer uma destas posições foi em grande parte, por opção da mulher. Foi muito enriquecedor, ajudar a mulher a parir no banco. Para Mota e Silva et al (2011) essa posição proporciona liberdade de mudança de posição à parturiente, o que contribui para a participação ativa da mulher no processo de nascimento. A movimentação suave da pelve promove o relaxamento da musculatura que, associada à ampliação da pelve auxilia a descida da apresentação fetal no canal de parto.

Verificaram-se algumas situações de RN com circular cervical apertada, sendo implementadas as intervenções adequadas, tendo o nascimento decorrido, sem intercorrências. Após a expulsão fetal, procedeu-se a manobras de estimulação do RN e remoção de secreções da cavidade oral.

A clampagem do cordão fazia-se após o mesmo deixar de pulsar, em norma demora cerca de 2/3 minutos após o nascimento. De acordo com a APEO (2009) a clampagem do cordão só deve ser feita, quando deixa de pulsar ou 2 a 3 minutos após o nascimento pois, parece mais fisiológica, permitindo manter a respiração placentária e aumentar o volume sanguíneo do feto. Ainda de acordo com a American Academy of Pediatrics (Perlman, et al., 2010), há evidência de benefícios para o RN se a clampagem do cordão umbilical for realizada entre 30 segundos a 3 minutos após o parto, devido a pressão arterial mais elevada durante a estabilização, menor incidência de hemorragia intraventricular, menor necessidade de transfusões sanguíneas, embora aumente a possibilidade do RN realizar fototerapia. Também foi oferecido ao pai/convivente significativo a possibilidade de cortar o cordão, numa perspetiva de participação, envolvimento e promoção da vinculação com o RN.

Sempre que possível a mulher era incentivada a pegar no RN, quando estava a decorrer o período expulsivo, ajudando-o assim a nascer.

Foi estabelecido o contacto precoce pele-a-pele com a mãe, permanecendo esta vinculação enquanto era realizada a perineorrafia, se necessário, e sempre que as condições do RN assim o permitiam. Nesta altura, e junto dos pais, eram colocadas as pulseiras de identificação à mãe e bebé. Por vezes iniciaram a

amamentação, ainda neste período. Esta é uma prática defendida pela APEO (2009) e OMS (1996).

Na altura da transferência da puérpera para uma cama o RN era pesado e vestido. Nessa altura também era administrada a vitamina K, realizada a profilaxia oftálmica e colocada a pulseira eletrónica.

No terceiro estágio do trabalho de parto, foram desenvolvidas competências na realização da dequitação (principalmente com conduta expectante e por vezes com tração controlada do cordão e massagem externa uterina), exame de rotina da placenta e membranas para inspecionar integridade das mesmas, administração de ocitocina (conforme protocolo do serviço), avaliação do globo de segurança de Pinard e de perdas sanguíneas. Verificou-se situações de membranas fragmentadas, que foi resolvido por nós e referenciado à equipa médica, para controlo ecográfico, não se tendo verificado complicações. Verificou-se também, uma situação de retenção placentária, com necessidade de intervenção médica (curetagem e revisão da cavidade uterina com controlo ecográfico).

Sempre foi minha política, e da instituição preservar a integridade do períneo e apenas recorrer a episiotomia se extremamente necessário. Tal como defendido pela OMS (1996) e APEO (2009) só se deve recorrer à episiotomia se há suspeita de sofrimento fetal ou se há lesão iminente de laceração perineal grave (altura do períneo igual ou inferior a 3cm).

Dos 45 partos que participei, apenas em 7 efetuei episiotomia. Nos restantes ocorreram lacerações de grau II, grau I (na sua maioria) e períneos intactos. Ainda assim as lacerações de grau II (4), foram de menor extensão, do que se tivesse realizado episiotomia. Os cuidados que tive com o períneo, baseou-se na manobra de *Hands on*, ou seja, na conduta de proteção ativa do períneo, que consiste em, com uma mão, exercer pressão sobre o períneo enquanto a outra segura a cabeça para que esta saia suavemente, e manobra-se de forma ativa a saída dos ombros. (APEO, 2009). Também realizei massagem com frio nos períneos que se encontravam edemaciados, esta situação ocorria, principalmente, nos partos no banco, nos quais o períneo, habitualmente apresentava um maior edema.

Também participei em partos pré-termo, de forma a prestar cuidados ao RN de baixa idade gestacional, cooperando com a equipa de neonatologia de serviço, e colaborando na transferência do mesmo para a Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais.

3.2.1 Mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto

No EC bloco de partos, procurei desenvolver competências no âmbito da mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto.

Como já foi referido, a mobilidade traz benefícios para a mulher e para o feto. Na posição vertical a contratilidade é de maior amplitude e mais eficaz, contribuindo para uma evolução mais rápida do trabalho de parto. Quando a parturiente está numa posição vertical, muda a curvatura da sacro e o ângulo da parte fetal cria uma curvatura sacral em C, em vez de S (como, quando se está deitada), o que facilita a descida da apresentação (Mamede et al, 2007).

O uso da bola de parto é um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições e possibilita o exercício do balanço pélvico. A bola de parto traz benefícios, tais como a correção da postura, o relaxamento, alongamento e fortalecimento da musculatura. Ainda visa, diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto, melhora as contrações uterinas e diminui o trauma perineal (Mota e Silva et al, 2011).

A realização de exercícios com a bola, na posição vertical (sentada), “trabalha” a musculatura do assoalho pélvico, em especial, os músculos levantadores do ânus e pubococcígeos e a fascia da pelve (Mota e Silva et al, 2011).

Neste ensino clínico, bloco de partos, procurei incentivar as mulheres a deambular e a usarem a bola. Às que foram admitidas na fase latente do trabalho de parto, incentivei-as não só a deambular, mas também a ir ao duche, pois esta é uma forma de alívio da dor e de relaxamento da grávida. O duche apenas se encontra disponível no SUOG, pelo que acompanhava-as até lá. No duche permaneciam o

tempo que quisessem e que fosse possível. Por norma quando regressavam à sala de partos, já era notória uma evolução do trabalho de parto, passando à fase ativa.

Na fase ativa do trabalho de parto as mulheres, devido à dor, habitualmente optavam por solicitar analgesia epidural. Como esta não é contraindicação para a mobilidade, desde que o bloqueio motor dos membros inferiores não se acentuasse e que a parturiente mantivesse força nos mesmos, esta poderia opar pela posição vertical, nomeadamente deambular, realizar exercícios na bola, realizar “agachamentos” (preferido por algumas). Em muitas situações era a própria mulher a solicitar para deambular, pois sentia-se melhor na posição vertical. Passo a citar alguns testemunhos significativos, colhidos na minha prática em contexto de estágio no bloco de partos *“com a bola a intensidade da dor é menor”; “a bola alivia a dor e ao andar não sinto tanto as contrações”; “a andar sinto menos dor do que deitada”*.

Houve, no entanto, mulheres que preferiram permanecer no leito durante o trabalho de parto. Mesmo as que deambulavam, sempre que queriam, voltavam ao leito. A estas mulheres com liberdade de movimentos, foi colocada a telemetria, sempre que se encontrava disponível no serviço.

Da minha experiência vivenciada neste contexto clínico, cruzando com a minha experiência de contexto profissional (também de bloco de partos), posso referir que a deambulação, a posição sentada no leito, a bola, favorecem muito a eficácia da contratilidade, pois são de maior amplitude, contribuindo com alterações no colo (apagamento). Também a força da gravidade, favorece a descida da apresentação.

De todas as parturientes às quais conduzi o trabalho de parto foram raras, as grávidas que não tive o privilégio de participar/acompanhar no parto. Desta experiência posso testemunhar, que a mobilidade reduz a duração da fase ativa do trabalho de parto, para além de todos os benefícios inerentes ao feto e mãe.

No decorrer do ensino clínico, foi discutido esse tema, não só com a minha orientadora do local como com os outros profissionais, fui bastante incentivada e apoiada mesmo quando me surgiam dúvidas.

3.3 O cuidado à mulher/RN no puerpério

Ao longo do EC no bloco de partos e também no EC II (puerpério) procurei desenvolver competências no cuidado à mulher/RN e família, no puerpério, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade

O puerpério é um período importante enquanto fase de adaptação a uma mudança na vida da mulher/casal e de transição para a parentalidade. O EEESMOG tem um papel importante no apoio à mulher/casal neste processo de transição, promoção e proteção da saúde da mulher e do RN.

O puerpério define-se como o período de seis semanas após o parto, que pode ser dividido em três períodos: imediato (primeiras 2 horas), precoce (até ao final da 1ª semana) e tardio (até ao final da 6ª semana).

O puerpério imediato (4º estágio do TP) compreende alguns aspetos essenciais no que se refere à planificação e prestação de cuidados de enfermagem especializados, em termos de promoção da saúde e diagnóstico precoce de complicações para a saúde da mulher e RN. As intervenções realizadas durante o puerpério imediato centraram-se sobretudo, na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, informando, esclarecendo e oferecendo ajuda prática à mulher/casal. Após o parto, a mulher habitualmente fica em repouso numa cama, e é-lhe oferecida a possibilidade de se alimentar. A prioridade seguinte, após a avaliação do seu bem-estar é o início do aleitamento materno, procurando que este acontecesse na 1ª hora de vida do RN. Neste sentido, foi oferecida ajuda prática quando necessário, proporcionadas informações sobre sinais de boa pega e aleitamento em regime de horário livre.

Outros aspetos desenvolvidos durante o 4º estágio do TP, foram a vigilância do estado geral da puérpera e RN, estado hemodinâmico da puérpera, vigilância de perdas hemáticas e características dos lóquios, avaliação do globo de segurança de Pinard e localização do fundo uterino, intervenção/referenciação face a alterações/complicações puerperais e promoção da eliminação vesical. Nesta altura,

também procurava perceber qual a satisfação da mulher relativamente ao seu trabalho de parto e às possibilidades que lhe foram concedidas.

Em relação ao RN, foi feita a avaliação da sua adaptação ao meio extra-uterino, exame físico, sucesso da pega e reflexos de sucção e deglutição, eliminação (mecónio e urina).

Os cuidados de enfermagem à mulher e RN relacionados com puerpério precoce foram especialmente desenvolvidos durante a realização do EC II (Cuidados à mulher/RN/família no período pós-parto). Estes cuidados compreenderam a avaliação do bem-estar físico e emocional, a involução uterina e lóquios, avaliação do processo de cicatrização da episiorrafia e/ou perineorrafia, apoio ao processo de aleitamento materno, capacitação da mulher/casal para os cuidados ao RN e auto-cuidado, identificação de complicações pós-parto (físicas e/ou emocionais) e implementação de medidas de suporte emocional e psicológico, educação para a saúde e aconselhamento sobre sexualidade e contraceção após o parto, e ainda ceder informação sobre a necessidade da consulta de vigilância da sua saúde após o parto.

4. METODOLOGIA

Para fundamentar e aprofundar o tema a “Mobilidade da mulher no primeiro Estádio do Trabalho de Parto”, tendo em vista uma Prática Baseada na Evidência (PBE), decidi fazer uma revisão sistemática da literatura acerca dos benefícios da mobilidade no primeiro estágio do Trabalho de Parto, cuja pesquisa bibliográfica foi efetuada em plataformas de base de dados (b-On e EBSCO).

Para esta revisão sistemática da literatura foi criada uma pergunta orientadora. De acordo com Fortin (1999) é importante delimitar claramente a problemática por meio de uma pergunta que precise os conceitos a estudar. Esta deverá ser viável, interessante, original, ética e relevante. A pergunta permite assim fazer ressaltar os diversos aspetos do domínio em estudo e a relação entre os mesmos. Para a formulação da pergunta utilizei o método PICo.

- **Pergunta PICo**

Quais os benefícios da mobilidade da mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto?

Quadro 1: Elementos constituintes da pergunta orientadora da pesquisa

P	Participantes	Mulheres em TP	Descritores: <i>first stage, labor, position, maternal position, mobility, ambulation e benefits.</i>
I	Fenómeno de Interesse	Benefícios da mobilidade no 1º estágio do TP	
Co	Contexto	Trabalho de Parto	

A partir desta pergunta orientadora desenvolveu-se a revisão sistemática da literatura, cujos processos metodológicos e resultados passo a apresentar. Foram

incluídos artigos apresentados em texto integral (*Full text*), e em termos de abordagem metodológica foram integrados estudos qualitativos e quantitativos.

De forma a reunir a literatura científica relevante sobre esta temática, foi consultada na biblioteca e no site da ESEL, a plataforma eletrónica b-On e EBSCO. A pesquisa foi realizada entre Maio de 2013 e Maio de 2014, utilizando a língua Inglesa/portuguesa como idioma preferencial.

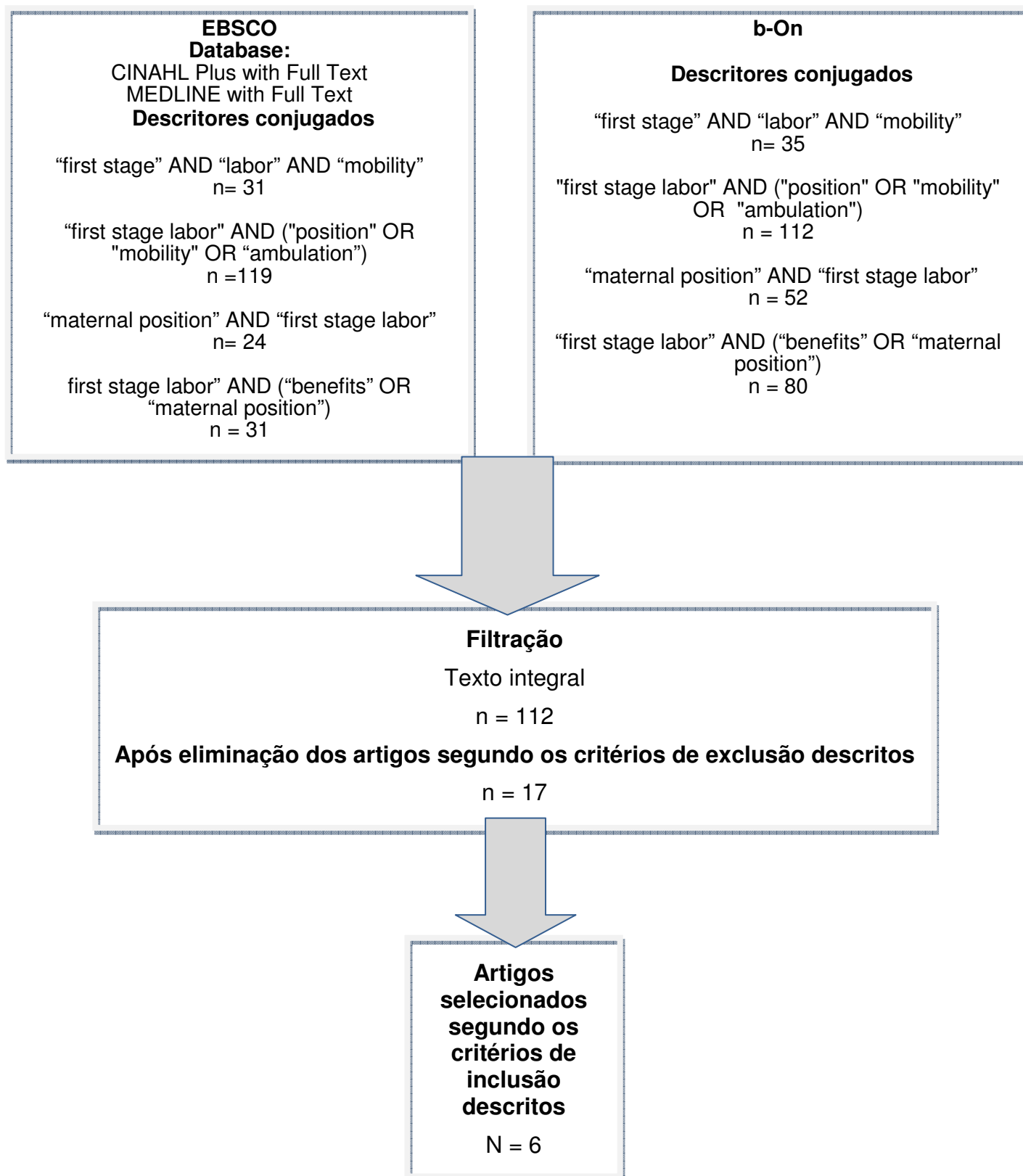
Na pesquisa da plataforma b-On, foram seleccionadas todas as bases de dados, e na plataforma EBSCO foram seleccionadas as bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*. Foram pesquisados os artigos em texto integral, com restrição cronológica, a partir do ano 2000 e com descritores relacionados com a pergunta PICO.

Como **critérios de inclusão** consideraram-se os artigos com a redação em português, inglês, francês ou espanhol, o foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo e, por inerência, com a questão PICO, com data de publicação a partir do ano 2000. De acordo com a temática, os descritores seleccionados foram os seguintes: *first stage, labor, position, maternal position, mobility, ambulation* e *benefits*.

Os **critérios de exclusão** foram a ausência de concordância com o objeto de estudo (considerando título e abstract dos artigos), a repetição nas bases de dados e os artigos que implicassem custos financeiros para a sua aquisição.

Seguidamente é apresentado o quadro, que retrata o processo de pesquisa da revisão sistemática da literatura, no qual foram seleccionados 6 artigos com pertinência para o estudo.

Quadro 2: Processo de pesquisa da Revisão Sistemática da Literatura



4.1 Reflexão e Análise dos Resultados Decorrentes da Revisão Sistemática da Literatura

Para a Revisão Sistemática da Literatura foram seis os estudos selecionados, relacionados com a mobilidade da mulher durante o trabalho de parto. Todos eles referenciam os benefícios de optar por esta prática e abandonar a posição supina.

Em apêndice são apresentados quadros com as evidências encontradas em cada um desses estudos.

O estudo, intitulado por *“Uso da bola suíça no trabalho de parto”* (Quadro 1 do apêndice I) refere-se ao uso da bola no trabalho de parto. As autoras referem que a bola permite à mulher assumir diferentes posições, inclusive antes e após a analgesia loco regional (Mota e Silva *et al*, 2011). Acerca da posição vertical, no TP as autoras evidenciam que esta permite que a força da gravidade faça o útero declinar para a frente, ficando sob o suporte da parede abdominal, facilitando o alinhamento do eixo axial fetal com o materno, e o ângulo da passagem pélvica amplia-se.

Durante a permanência da parturiente em posição sentada, a pressão exercida pelo períneo sobre a bola faz com que a cintura pélvica se posicione diante da coluna, proporcionando um melhor posicionamento ao feto. Também referem neste estudo que a movimentação e o posicionamento materno aumentam os diâmetros dos ângulos pélvicos, facilitando a descida e encaixe da apresentação fetal. Os diâmetros pélvicos aumentam +/- 8/9mm na posição de cócoras e +/-6/7mm na posição quadrúpede.

O estudo, intitulado *“O Efeito da Deambulação na Duração da Fase Ativa do Trabalho de Parto”* (Quadro 2 do Apêndice I) relaciona a deambulação com a duração do trabalho de parto. Os resultados do presente estudo, evidenciam a importância da deambulação nas primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto. (Mamede *et al*, 2007)

O estudo intitulado *“Influência da mobilidade materna da fase ativa do trabalho de parto”* (Quadro 3 do Apêndice I) também retrata a influência da mobilidade materna na fase ativa do trabalho de parto e conclui que nas posições

verticais usadas, as dimensões pélvicas desenvolvem-se significativamente, sugerindo vantagens para o trabalho de parto (Bio; Bittar & Zugaib, 2006).

A possibilidade de ampliar os diâmetros da bacia, por meio das posições verticais, aliadas aos pequenos movimentos das articulações pélvicas entre si e ao uso da musculatura estriada em coordenação, tiveram um efeito facilitador, diminuindo a duração da fase ativa do TP. As posturas verticais favorecem a percepção da intensidade da contração uterina e do aumento da pressão do períneo (Bio et al, 2006).

Bio et al (2006), referem ainda que, orientar a postura e mobilidade adequada à parturiente influencia de maneira positiva a fase ativa do trabalho de parto: aumenta a tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de fármacos durante o trabalho de parto e melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa.

O artigo intitulado *“A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação”* (Quadro 4 do Apêndice I) também menciona o efeito da deambulação relacionando com a dor em trabalho de parto, e referencia que a deambulação diminui a duração da fase ativa do trabalho de parto, sendo mais eficaz, na primeira hora de fase ativa. Relativamente à dor, verificaram que à medida que progride a dilatação também aumenta a intensidade da dor.

O artigo intitulado *“Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals”* (Quadro 5 do Apêndice I), conclui que os profissionais de saúde hesitam em permitir a mobilidade das mulheres em trabalho de parto, devido à preocupação com a sua segurança e meio ambiente. Foi um estudo que identificou a necessidade de formação nos profissionais, a fim de permitir escolhas benéficas para as mulheres em relação a posição a adotar durante o trabalho de parto.

Em parte, esta realidade também se verifica no nosso país em algumas maternidades e serve este meu trabalho para tentar contribuir para essa mudança.

No sexto artigo, intitulado *“Upright position during the first stage of labor: a randomized controlled trial”* (Quadro 6 do Apêndice I), também é abordado o efeito da mobilidade durante o primeiro estágio do TP em nulíparas, e refere que, as

mulheres que adotaram a posição vertical e supina durante a primeira fase do trabalho, foram questionadas após o parto sobre a preferência de posicionamento, a maioria elegeram a posição vertical, como a mais confortável (Miquelutti et al, 2006).

Este estudo demonstra que deve ser encorajada a posição vertical, uma vez que as mulheres aceitaram bem, e é seguro para o feto.

Na análise destes estudos, é notória a franca evidência existente sobre os benefícios da mobilidade no primeiro estágio do trabalho de parto. Esta deve ser uma prática comum nas maternidades, associada ao incentivo da prática do parto normal, contribuindo para o bem-estar materno-fetal e diminuindo a ocorrência de partos distócicos.

Das mulheres que acompanhei durante o TP, foram muito poucas as que recusaram a mobilidade. Da observação realizada, foi perceptível a satisfação das mulheres perante a existência essencialmente da bola e a possibilidade de se movimentarem durante o trabalho de parto.

Apesar de não se conseguir ter uma noção objetiva, relativamente à duração do TP, em mulheres que não se mobilizaram vs mulheres que se mobilizaram, foi por mim experienciado, que a mobilidade da mulher no trabalho de parto, melhora a dor, a contratilidade é mais eficaz, de maior amplitude, e o trabalho de parto é mais rápido. Tal como mencionado pela APEO (2009, p.88), na posição vertical os diâmetros são maiores, facilitando a passagem do feto, há um menor número de partos instrumentados, menor número de episiotomias, menores padrões anormais na frequência cardíaca fetal, maior liberdade de movimentos, contrações de maior intensidade e há a ajuda da gravidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório surgiu como uma exigência académica mas, acima de tudo, permitiu a reflexão sobre as competências desenvolvidas enquanto EEESMOG na prestação de cuidados especializados à mulher/casal no trabalho de parto.

O modelo de cuidado transpessoal de Jean Watson foi o fio condutor na prestação de cuidados. A escolha deste modelo deveu-se sobretudo à identificação com os valores desta teórica de enfermagem, nomeadamente, sensibilidade para o próprio e para com os outros, cuidar como um ideal moral da enfermagem, preocupação pela preservação da humanidade, dignidade e humanismo (Watson, 2002). Estes valores estiveram sempre presentes na prestação de cuidados especializados com vista ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

De acordo com Craig e Smyth (2004), os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de aumentar os seus conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde, no decurso da sua prática, de modo a desenvolverem as suas competências, procurando a melhoria dos cuidados prestados e promovendo o bem-estar dos sujeitos.

Também a OE (2009) refere que o enfermeiro especialista deve assentar “a *praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento*”, que contribuam para a identidade do EEESMOG enquanto profissional de saúde e detentor de um vasto conhecimento que contribui não só para a melhoria da prestação de cuidados de saúde no âmbito da saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, mas também capaz de construir um corpo de saberes característicos da enfermagem, que lhe conferem particular importância enquanto ciência da saúde.

A realização deste relatório, teve também como finalidade repensar a importância da mobilidade da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, sendo esta uma prática, não comum, no meu contexto profissional. Com este trabalho pretendo contribuir para a mudança, no meu contexto profissional, enquanto futura

EEESMOG visto, com o que foi exposto, serem relevantes os benefícios da mobilidade da mulher durante o primeiro estágio do TP.

Considero que o EEESMOG tem um papel muito importante neste processo, e pode começar a desenvolvê-lo durante o período pré-natal, de forma a empoderar a mulher/casal acerca desta temática.

Durante a vigilância da gravidez, o EEESMOG mantém contacto com a grávida/casal nas Consultas Pré-Natais (CPN), na Consulta de Medicina Materno-Fetal (CMMF), nas consultas de vigilância da gravidez nos Centros de Saúde, nas sessões de preparação para o parto e ainda, nos serviços de Internamento de grávidas (UMMF). Em todos estes locais o EEESMOG, tem o dever de promover a assistência a um parto normal, elucidar a grávida/casal para uma participação ativa, no que diz respeito ao seu trabalho de parto, incentivar a grávida à mobilidade durante o trabalho de parto, justificando os benefícios, com evidência científica e baseando-se também na partilha de experiências. Pois desta forma, a mulher/casal, sentem-se mais seguros, elucidados, nas suas tomadas de decisão.

Também é importante incentivar não só as mulheres para esta prática, mas também os profissionais de saúde, pois muitos acomodam-se às rotinas do dia-a-dia, diminuindo a capacidade de refletir sobre os benefícios da mobilidade no TP e da necessidade de implementar a sua prática. De acordo com APEO (2009), é necessário desenvolver com os profissionais da área, um conjunto de medidas capazes de promover o apoio e segurança na assistência ao parto normal, sem intervenção, e cuja prática se baseie na evidência científica e não apenas na ajuda rotineira da tecnologia.

A revisão sistemática da literatura, demonstrou que já foram realizados alguns estudos sobre esta temática, provando que os benefícios da mobilidade, a liberdade de posicionamento da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto estão indicados e que o permanecer no leito, não traz benefícios, muito pelo contrário.

Todos os objetivos delineados no início deste trabalho, foram alcançados na perspetiva de desenvolver competências específicas do EEESMOG e desenvolver atividades promotoras da mobilidade da mulher no primeiro estágio do TP.

Este trabalho poderá estimular a reflexão sobre o cuidado dos profissionais, procurando uma prática diferenciada, fundamentada e refletida. Também contribuir para sensibilizar e alertar os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, para uma prática esclarecedora das mulheres que cuidam. E lhe darem liberdade de posicionamento, contribuindo com a iniciativa ao parto normal, ao parto humanizado, e conseguindo desta forma, ganhos em saúde.

No futuro, procurarei ser um elemento de referência na equipa de enfermagem, tendo em vista uma luta pelo incremento dos benefícios da mobilidade da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto e desta forma, contribuir para a iniciativa ao parto normal. Também procurarei apostar na investigação, de modo a avaliar de forma sistemática, as evidências demonstradas sobre as intervenções no trabalho de parto e parto, de forma, a prestar cuidados especializados de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APEO (2009). *Iniciativa ao Parto Normal: Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bio, Eliane; Bittar, Roberto Eduardo; Zugaib, Marcelo (2006). Influencia da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, nº28 (11), p 671-9
- Bloom, SL *et al* (1998). Lack of effect of walking on labor and delivery. *Neagl J Med*, 339(2)
- Bobak, Irene M. *et al* (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Ed. Loures: Lusociência.
- Craig, Jean V., Smyth, Rosalind L. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dencker, Anna; Berg, Marie; Bergqvist, Liselotte; Lilja, Hakan (2010) . Identification of latent phase factors associated with active labor duration in low-risk nulliparous women with spontaneous contractions. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. Nº 89: 1034–1039.
- Fisher, J., Astbury, J., & Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* , 5, 728-738.
- Flynn, A. M.; Kelly, G; Hollins, P; Lynch P (1978). Ambulation in labour. *British Medical Journal*. Nº 2, p. 591-593
- Fortin, Marie-Fabianne, (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel-edições técnicas,lda.
- ICM (2010) - *Competencias esenciales para la práctica básica de la partería*. Documento revisto em 2013. Consultado em 9/06/13. Disponível em www.internationalmidwives.org.

Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lawrence A, et al (2009). Maternal Positions and a mobility during first stage labour. *Conchrane Database Syst Rev* (2): CD: 003934. Review

Lowdermilk, Deitra; Perry, Shannon (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Loures: Lusodidacta.

Lugina, Helen; Mlay, Rose; Smith, Helen (2004). Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 4:3 **Doi**:10.1186/1471-2393-4-3, consultado a 02/02/14 na EBSCO, disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/4/3>

Machado, M. H. (2010). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 320-328). Lisboa: Lidel-edições técnicas, lda.

Mamede, Fabiana Villela (2005). *O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto.

Mamede, F; Mamede, M. V.; Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre Deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto,. *Esc Anna Nery E Enfermagem*. Junho, 11(2), 331-6

Mamede, F. V.; Gomes, F. A.; Almeida, A. M.; Panobianco, M. S.; Nakano, A. M. S. (2007). O Efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Esc Anna Nery E Enfermagem*, Setembro, 11(3), 466-71

Mamede, F. V.; Almeida, A. M.; Souza, L.; Mamede, M. V. (2007). A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-am Enfermagem*, Novembro-Dezembro; 15(6)

Mamede, F. V.; Almeida, A. M.; Souza, L.; Mamede, M. V. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Maringá*, v.26 nº2, p 295-302

Martin, Caroline; Martin, Colin R. (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary Therapies in Clinical Practice* nº19 p. 44-49

MacDonald, Ginny, *et al* (2010) Diagnosing the latent phase of labour: use of the partogram (2010). *British Journal of Midwifery*. Outubro .Vol 18, No 10

Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G.; Makuch, M. Y. (2007). Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologia* nº 86 – 553-558.

Mota e Silva, L.; Oliveira, S. M. J. V.; Silva, F. M. B.; Alvarenga, M. B. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paul Enfermagem* nº24(5) – 656-62

OE (2009) - *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem do Enfermeiros e Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2010). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada: Documento de Consenso*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OMS (1996). *Maternidade Segura, Assistência ao parto Normal: um guia prático*. Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva. Genebre: Organização Mundial de Saúde

Perlman, J. M., Wyllie, J., Kattwinkel, J., Atkins, D. L., Chameides, L., Goldsmith, J. P., *et al*. (5 de Novembro de 2010). Special Report – Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics* , 126(5), pp. 1319-1344.

Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República 2ª Série*, N.º 35 (18-02-2011) 8662-8666.

Robertson, A (2000). *The midwife companion: The art of support during birth*, Australia, ACE graphics.

Souza, João; Miquelutti, Maria, Cecatti, Jose; Makuch. Maria (2006). Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. *Reproductive Health*. 3:10. Consultado a 24/07/13. Disponível em <http://www.reproductive-health-journal.com/content/3/1/10>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

APÊNDICE I

Apresentação dos Artigos Seleccionados para a Revisão Sistemática da Literatura

Apresentação dos Artigos Seleccionados para a Revisão Sistemática da Literatura

De acordo com a pergunta orientadora da pesquisa (Quais os benefícios da Mobilidade da Mulher no primeiro estágio do Trabalho de Parto?) e com os critérios inclusão e de exclusão definidos para a revisão da literatura³ foram seleccionados 6 artigos com pertinência para o estudo.

Segue-se a apresentação dos quadros com as evidências encontradas em cada estudo seleccionado, de uma forma sintética. A apresentação dos quadros inclui o autor, o ano de publicação, a fonte, o objetivo de estudo, o tipo de estudo, os participantes, as intervenções (colheita de dados, análise de dados e procedimentos éticos) e resultados com relevância para a temática estudada. O título de cada quadro corresponde ao título do respetivo artigo/estudo.

Quadro 1 - “Uso da bola suíça no trabalho de parto”

Autores	Mota e Silva, L.; Oliveira, S. M. J. V.; Silva, F. M. B.; Alvarenga, M. B.
Ano de Publicação	2011
Fonte	Acta Paul Enfermagem nº24(5) – 656-62
Objetivo do Estudo	Caracterizar o uso da bola suíça na assistência à parturiente.
Tipo de estudo	Estudo descritivo com base em entrevistas estruturadas com 35 enfermeiras que prestavam assistência às parturientes.
Participantes	35 enfermeiras que prestavam assistência às parturientes

³ **critérios de inclusão:** artigos com a redação em português, inglês, francês ou espanhol, o foco na problemática delineada procurando concordância com o tema em estudo e com data de publicação a partir do ano 2000; **critérios de exclusão:** ausência de concordância com o objeto de estudo, repetição nas bases de dados e artigos que implicam custos financeiros para a sua aquisição.

Intervenções - Colheita de dados - Análise dos dados - Procedimentos éticos	<p>Este estudo foi desenvolvido em 35 instituições com serviços de obstetrícia do Município de São Paulo. Em cada uma das instituições, foi entrevistada uma enfermeira prestadora de assistência à parturiente. A colheita de dados ocorreu entre Agosto de 2009 e Janeiro de 2010.</p> <p>A escolha de dados, procurou fornecer uma descrição da frequência e dos motivos para o uso da bola, no trabalho de parto. Os dados foram obtidos através de entrevistas estruturadas, com o auxílio de um formulário específico. A análise descritiva dos dados ocorreu por meio de frequências relativas e absolutas para as variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas, foram calculados os valores da média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão.</p> <p>O projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Parecer n. 153/09).</p> <p>O termo de consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado à enfermeira, prestadora de assistência à mulher em trabalho de parto.</p> <p>Relativamente à caracterização das instituições, a maioria das maternidades (62,9%), tem como unidade de atendimento ao parto o centro obstétrico (CO). O restante (37,1%) é constituído por Centros de Parto Normal (CPN).</p>
Resultados com relevância, para a temática estudada	<p>Com relação à utilização da bola suíça na assistência à mulher durante o trabalho de parto, observou-se que 100% dos CPN usa a bola, ao invés dos CO, que a utilização da bola, é de cerca de 40,9%.</p> <p>Verifica-se que os CPN disponibilizam recursos na assistência às parturientes, com ênfase num trabalho de</p>

	<p>parto mais ativo e participativo, por parte da mulher e pelo empenho de práticas ou condutas não medicamentosas que privilegiam a fisiologia do parto e nascimento. A presença da enfermeira na assistência à mulher também propicia o uso de práticas ou condutas não medicamentosas, como: deambulação, movimentação e posicionamento, banhos e massagem, posição sentada e de cócoras e os movimentos pélvicos favorecem a progressão do trabalho de parto.</p> <p>O uso destas técnicas pode protelar ou evitar a analgesia no trabalho de parto.</p> <p>A posição supina traz malefícios materno-fetais, nomeadamente hipotensão materna e possível sofrimento fetal. Assim as contrações tornam-se menos eficientes, pois na posição supina, o feto posiciona-se em paralelo com o dorso materno. Quando a parturiente assume a posição vertical, permite que a força da gravidade faça o útero declinar para a frente, ficando sob o suporte da parede abdominal, facilitando a alinhamento do eixo axial fetal com o materno, e o ângulo da passagem pélvica amplia-se.</p> <p>A bola de parto permite à mulher assumir diferentes posições, inclusive antes e após a analgesia loco regional.</p> <p>Durante a permanência da parturiente em posição sentada, a pressão exercida pelo períneo sobre a bola faz com que a cintura pélvica se posicione diante da coluna, proporcionando um melhor posicionamento ao feto. Também se verifica que a movimentação e o posicionamento materno aumentam os diâmetros dos ângulos pélvicos, facilitando a descida e encaixe da apresentação fetal. Os diâmetros pélvicos aumentam +/- 8/9mm na posição de cócoras e +/-6/7mm na posição</p>
--	---

	<p>quadrúpede.</p> <p>O uso da bola, permite movimentos da cintura pélvica em posição vertical, e a prática do duche pode estimular as contrações uterinas, propiciar sensação de relaxamento e diminuir as lombalgias.</p>
--	---

Quadro 2 – “O Efeito da Deambulação na Duração da Fase Ativa do Trabalho de Parto”

Autores	Mamede, F. V.; Gomes, F. A.; Almeida, A. M.; Panobianco, M. S.; Nakano, A. M. S.
Ano de Publicação	2007
Fonte	Esc Anna Nery E Enfermagem, Setembro, 11(3), 466-71
Objetivo do Estudo	Analisar a associação entre a deambulação e a duração da fase ativa do trabalho de parto
Tipo de Estudo	Estudo analítico de intervenção do tipo quase experimental.
Participantes	80 parturientes primíparas, admitidas em trabalho de parto espontâneo, no início da fase ativa
Intervenções - Colheita de dados - Análise dos dados - Procedimentos éticos	Foi um estudo realizado numa maternidade, situada na região sul de São Paulo, com cerca de 1100 partos mensais. Foram incluídas no estudo todas as 80 primígestas que foram internadas no Centro de Parto Normal, no período diurno, de segunda a sexta feira, nos meses de Julho e Agosto de 2004, com idade gestacional de 37 a 42 semanas, gestação única e tópica, ausência de intercorrência gestacional, feto vivo em apresentação cefálica de vértice, com boa vitalidade, presença de liquido amniótico claro, apresentando duas ou mais

	<p>contrações de intensidade média a cada 10 minutos e/ou dilatação cervical de 3 a 5 cm.</p> <p>Foram respeitados os preceitos éticos da Pesquisa.</p> <p>Para a colheita de dados utilizaram-se dois instrumentos, um aparelho denominado podômetro (aparelho que contabiliza os metros deambulados) e um formulário de registo de dados. Estes dados foram organizados e submetidos a testes estatísticos de Pearson e de Regressão Linear Simples.</p> <p>A todas as parturientes foi garantida, a liberdade para interromper a deambulação quando o desejassem.</p>
Resultados com relevância, para a temática estudada	<p>O percurso realizado, foi maior na primeira hora da fase ativa do trabalho de parto, decrescendo com o passar das horas. Durante as três primeiras horas, do trabalho de parto, praticamente todas as parturientes deambularam, sendo que após esta hora ocorreram nascimentos. Após as 9 horas do início da fase ativa as parturientes não deambularam mais.</p> <p>Constatou-se que houve diferença significativa nas três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, quando se associou o trajeto percorrido a cada hora dessa fase, ou seja, verificou-se que as parturientes que deambularam uma distância maior, durante as três primeiras horas, tiveram uma redução na duração do trabalho de parto.</p> <p>Do ponto de vista clínico, os resultados do presente estudo, trazem importantes contribuições ao evidenciar o relevante papel da deambulação nas primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto.</p>

Quadro 3 – “Influência da mobilidade materna da fase ativa do trabalho de parto”

Autores	Bio, Eliane; Bittar, Roberto Eduardo; Zugaib, Marcelo
Ano de Publicação	2006
Fonte	Rev Bras Ginecol Obstet, nº28 (11), p 671-9
Objetivo do Estudo	Analisar a influência da mobilidade da parturiente na evolução da fase ativa do trabalho de parto
Tipo de Estudo	Estudo prospectivo com análise comparativa
Participantes	50 participantes grupo de tratamento 50 participantes grupo de controle
Intervenções - Colheita de dados - Análise dos dados - Procedimentos éticos	<p>O estudo incidiu em primigestas, admitidas no pré-parto da Divisão da Clínica Obstétrica do Hospital Universitário da USP, no período compreendido entre Maio de 2003 e Novembro de 2005.</p> <p>As parturientes foram selecionadas após a admissão e os critérios de inclusão eram: primigestas em trabalho de parto, com pelo menos duas contrações a cada dez minutos, e com dilatação até 4 cm, um feto único, em apresentação cefálica, idade gestacional entre as 37 e 42 semanas.</p> <p>A inclusão somente ocorreu após assinatura do consentimento informado.</p> <p>O método terapêutico priorizou a orientação da mobilidade corporal, dirigida para movimentos específicos, para o trabalho de parto: posturas verticais (de pé, andar, sentada), movimento articular geral, mobilidade pélvica, relaxamento do períneo, coordenação do diafragma e estímulo da propriocepção. Em cada contração, a parturiente experimentava uma nova postura,</p>

	<p>alternando-as.</p> <p>As parturientes do grupo de controle não receberam nenhuma orientação sobre a posição ou movimentação, não foram impedidas de se movimentarem espontaneamente, se desejassem, mas seguiram a orientação habitual de permanecerem no leito em posição horizontal (supina ou lateral).</p> <p>O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.</p> <p>Os parâmetros selecionados para análise foram: tipo de parto; tempo de duração da fase ativa do trabalho de parto, dos 3 aos 10 cm de dilatação; relação entre a duração da fase ativa e o colo uterino (fino, intermédio, grosso), relação da fase ativa e o rompimento da bolsa amniótica, o uso de anestesia, e o peso e Índice de Apgar do Recém-nascido.</p>
Resultados com relevância, para a temática estudada	<p>Todas as parturientes aceitaram o acompanhamento, para se manterem em movimento e em posturas verticais durante o trabalho de parto.</p> <p>Relativamente à duração da fase ativa no grupo de tratamento, a média foi de cinco horas e dezasseis minutos e no grupo de controle foi de oito horas e vinte e oito minutos.</p> <p>No que se refere ao apagamento do colo, houve diferença no grupo de tratamento, pois as mulheres que apresentavam colo fino, tinham menor tempo de fase ativa.</p> <p>Nas posições verticais usadas, as dimensões pélvicas desenvolvem-se significativamente, sugerindo vantagens</p>

	<p>para o trabalho de parto.</p> <p>A influência da posição da bacia, associados à pressão do polo cefálico, à movimentação da parturiente e à posição da mesma durante as contrações, são efeitos potenciais para mudança da amplitude pélvica durante o trabalho de parto.</p> <p>A evolução da dilatação e a descida da apresentação foram mais rápidas no grupo de tratamento, do que no grupo que permaneceu no leito.</p> <p>A possibilidade de ampliar os diâmetros da bacia, por meio das posições verticais, aliadas aos pequenos movimentos das articulações pélvicas entre si e ao uso da musculatura estriada em coordenação, tiveram um efeito facilitador, diminuindo a duração da fase ativa. A análise recai sobre o espaço pélvico que pode ser criado pela mudança postural quando se quer facilitar o parto vaginal.</p> <p>As posturas verticais favorecem a percepção do gradiente crescente da contração uterina e ao consequente aumento da pressão no períneo.</p> <p>Assim, orientar a postura e mobilidade adequada à parturiente influencia de maneira positiva a fase ativa do trabalho de parto: aumenta a tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de fármacos durante o trabalho de parto e melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa.</p>
--	--

Quadro 4 – “A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação”

Autores	Mamede, Fabiana; Almeida, Ana Maria; Souza, Luiz; Mamede, Marti Villela.
Ano de Publicação	2007
Fonte	Rev Latino-am Enfermagem, novembro-dezembro; 15 (6)
Objetivo do Estudo	Analisar os efeitos da deambulação, nos níveis de dor durante a fase ativa do trabalho de parto.
Tipo de Estudo	Estudo Analítico de intervenção do tipo quase experimental
Participantes	75 parturientes primíparas
Intervenções - Colheita de dados - Análise dos dados - Procedimentos éticos	<p>O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal (CPN) do Amparo Maternal, situada na região sul de São Paulo.</p> <p>A amostra constitui-se por primigestas internadas de segunda a sexta no período diurno entre Julho e Agosto de 2004, com idade gestacional entre as 37 e 42 semanas, gestação única com ausência de intercorrências, feto vivo em apresentação cefálica e com vitalidade.</p> <p>A inclusão foi feita no início da fase ativa do trabalho de parto, tendo como indicadores duas ou mais contrações de intensidade média a cada dez minutos, dilatação cervical de quatro a cinco centímetros. Foram excluídas parturientes que apresentaram intercorrências clínicas no decorrer do trabalho de parto.</p> <p>A proposta do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.</p> <p>Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.</p>

	<p>Para a colheita de dados foi utilizado um podômetro (contador digital, para medir a distância percorrida), a escala visual numérica (na qual a parturiente regista a dor).</p> <p>Depois da parturiente aceitar participar no estudo, foi aplicada a escala de dor e iniciado o estímulo à deambulação. O podômetro foi colocado e permaneceu durante a fase ativa do trabalho de parto. Os scores de dor e o trajeto deambulado foram registados a cada hora até ao final da fase ativa do trabalho de parto. Os dados referentes à avaliação da dilatação cervical e o uso de fármacos foram registados conforme evolução do trabalho de parto.</p> <p>Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, para avaliar a relação entre a deambulação e o score de dor das parturientes e a Regressão Linear, para analisar a relação de tempo de trabalho de parto e a distância percorrida pelas parturientes.</p>
Resultados com relevância, para a temática estudada	<p>O tempo de evolução da fase ativa do trabalho de parto variou de 3 a 14 horas, com uma média de 7,66 horas.</p> <p>Quanto às intervenções que as parturientes foram submetidas, durante o trabalho de parto e parto, 72% usaram ocitócicos, 84% foram submetidas a amniotomia artificial e 64% realizaram episiotomia.</p> <p>A distância total percorrida pelas parturientes durante toda a fase ativa do trabalho de parto, variou de 101 a 3736 metros, com uma média de 1625 metros.</p> <p>O percurso realizado foi maior na primeira hora da fase ativa, com uma média de 558 metros, descendo com o passar das horas. Durante as três primeiras horas do</p>

	<p>trabalho de parto praticamente todas as parturientes deambularam.</p> <p>Ao associar o trajeto percorrido a cada hora da fase ativa com a deambulação, verificou-se que houve uma diferença significativa nas três primeiras horas desta fase, ou seja, as parturientes que deambularam durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, tiveram uma redução na duração do trabalho de parto.</p> <p>Procedendo à estimativa da redução da fase ativa, nas três primeiras horas, verificou-se que na primeira hora, a cada 100 metros deambulados, a duração da fase ativa teve uma redução de cerca de 22 minutos. Na segunda hora a redução foi de 10 minutos e na terceira hora foi de 6 minutos.</p> <p>Relativamente ao nível de dor, verificou-se que a pontuação dos mesmos aumenta à medida que a dilatação cervical avança. E foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a deambulação e o nível de dor apenas aos 5cm de dilatação, ou seja, quanto maiores os trajetos percorridos, maiores foram os níveis de dor pontuados pelas parturientes.</p>
--	---

Quadro 5 – “Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals”

Autores	Lugina, Helen; Mlay, Rose; Smith, Helen
Ano de Publicação	2004
Fonte	BMC Pregnancy and Childbirth 4:3 Doi: 10.1186/1471-2393-4-3
Objetivos do Estudo	<p>Explorar a experiência das mulheres durante o trabalho de parto, a nível de satisfação, atendimento e posição preferida durante a primeira fase do trabalho.</p> <p>Entrevistar profissionais de saúde, acerca dos benefícios da mobilidade da mulher, no trabalho de parto.</p>
Tipo de Estudo	Estudo exploratório, através do método qualitativo e quantitativo e observação direta como método alternativo
Participantes	<p>1151 mulheres no pós-parto</p> <p>12 profissionais de saúde da área.</p>
Intervenções - Colheita de dados - Análise dos dados - Procedimentos éticos.	<p>Estudo realizado em 4 hospitais da Tanzânia. Foram utilizadas entrevistas estruturadas a mulheres no pós-parto, a fim de documentar a ocorrência de mobilidade durante o trabalho de parto, a posição para o parto, e essencialmente a opinião das mulheres sobre essas práticas.</p> <p>As entrevistas foram realizadas por parteiras treinadas, que não exerciam funções nos hospitais investigados, a mulheres saudáveis e sem complicações que tiveram parto via vaginal. As entrevistas decorreram entre Março e Julho de 2001 nos 4 hospitais. As entrevistas foram realizadas em Kiswahili e as mulheres deram consentimento informado verbal. Calculou-se o tamanho da amostra utilizando o software StatsDirect, com base no</p>

	<p>número de partos de cada local e a prevalência estimada de mobilidade e posição diferente de supino.</p> <p>Também foram exploradas as opiniões das parteiras sobre a viabilidade de permitir a mobilidade das mulheres durante o trabalho de parto, e o que deve ser feito para promover o uso dessas práticas. Houve discussões de grupo em cada local de estudo (n = 4 discussões em grupo). Os grupos foram compostos por cerca de 12 parteiras disponíveis e dispostos a participar no dia; seguiu um guia com o tema pré-determinado, e as discussões foram gravadas com o consentimento dos participantes.</p> <p>As entrevistas foram analisadas no programa Epi-Info, usando frequências, médias e variáveis para descrever os dados e explorar a prática ao longo dos quatro locais de estudo. Também foram realizadas transcrições codificadas utilizando métodos de codificação aberta.</p> <p>A aprovação ética foi obtida a partir da University College Muhimbili de Ciências da Saúde de Pesquisas e Publicações Comitê. A permissão para colher dados e realizar o estudo foi assegurada a partir da pessoa representante de cada hospital.</p>
Resultados com relevância, para a temática estudada	<p>A posição supina (mais comumente em decúbito lateral esquerdo) é utilizada rotineiramente em todos os hospitais do estudo. Posições verticais, incluindo a posição sentada e de cócoras, são usadas com raridade. Mais de 80% das mulheres em todos os hospitais disseram que iriam optar pela posição supina.</p> <p>Os resultados do estudo indicam que as mulheres tiveram maior mobilidade em casa do que na sala de partos, mas</p>

	<p>ainda assim o movimento foi bastante restrito no domicílio. No entanto, como os resultados quantitativos mostram, 28,3% das mulheres que estavam na posição supina na sala de parto, preferiam ter mobilidade. As conclusões qualitativas de entrevistas e discussões em grupo revelam que os profissionais hesitam em permitir a mobilidade das mulheres em trabalho de parto, devido à preocupação com a sua segurança e meio ambiente.</p> <p>Para a preferência das mulheres ser cumpridas terá de existir uma mudança de atitude, bem como treinamento dos profissionais, para superar medos e preocupações.</p> <p>O estudo identificou, a necessidade de formação nos profissionais, a fim de permitir escolhas mais informadas para as mulheres, em relação a posições a adotar durante o trabalho de parto. Profissionais de saúde dos quatro locais de estudo foram claramente conscientes dos benefícios da mobilidade durante a primeira fase do trabalho de parto. Mas o aumento da escolha para as mulheres é dependente da opinião dos profissionais.</p>
--	---

Quadro 6 – “Upright position during the first stage of labor: a randomized controlled trial”

Autores	Miquelutti, Maria Amélia; Cecatti, José Guilherme; Makuch, Maria Yolanda.
Ano de Publicação	2006
Fonte	Acta Obstetricia et Gynecologia nº 86 – 553-558
Objetivo do Estudo	Avaliar os efeitos da mobilidade em nulíparas na primeira fase do trabalho de parto.
Método	Estudo prospetivo controlado
Participantes	54 mulheres em estudo de grupo 53 mulheres em estudo controlado
Intervenções - Colheita de dados - Análise dos dados - Procedimentos éticos.	<p>O estudo foi realizado no Centro Integral de Assistência à Saúde da Mulher, na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).</p> <p>O protocolo foi aprovado pela Comissão de Ética e todos os participantes assinaram o consentimento informado, antes de entrar no estudo. Este estudo clínico foi realizado entre Agosto de 2005 e Maio de 2006.</p> <p>O cálculo do tamanho da amostra foi baseado em estudos de Stewart, Calder, Adachi et al., considerando-se, respetivamente, as variáveis: a duração da primeira fase do trabalho de parto, a dor contínua com base numa escala visual analógica (VAS). Os critérios de inclusão abrangiam: nulíparas de baixo risco com idade compreendida entre os 16 e 40 anos de idade, idade gestacional compreendida entre as 37 semanas e 5 dias e as 42 semanas, dilatação cervical entre 3 e 5 cms, um único feto com apresentação cefálica e um traçado</p>

	<p>cardiotocógrafa com bem-estar fetal. Como critérios de exclusão a cesariana eletiva.</p> <p>As mulheres atribuídas ao estudo de grupo receberam informações sobre os benefícios da posição vertical, e foram encorajadas a assumir esta posição durante o trabalho de parto. Sempre que estivessem na posição supina mais de 30 minutos, eram encorajadas a regressarem à posição vertical. As outras mulheres não receberam nenhuma informação.</p> <p>Os dados foram colhidos durante o trabalho de parto e nas primeiras 48 h de pós-parto.</p> <p>Foi avaliada a dor, na escala análoga, e a satisfação da posição adotada pela escala de faces. Ambas as escalas foram aplicadas aos 4/6/8 cms de dilatação.</p>
Resultados com relevância, para a temática estudada	<p>As mulheres que adotaram a posição vertical e supina durante a primeira fase do trabalho, foram questionadas após o parto sobre a preferência de posicionamento, a maioria elegeu a posição vertical, como a mais confortável.</p> <p>Os resultados mostraram que, não houve diferença entre os grupos, na duração do primeiro e segunda etapa do trabalho de parto, no tipo de parto, na dilatação e na analgesia.</p> <p>Além disso, não foram observadas diferenças na dor, embora as mulheres que adotaram a posição vertical, tenham tido um menor score de dor VAS até aos 6 cm de dilatação e maior a partir dos 6 cm de dilatação.</p> <p>O bem-estar fetal não foi afetado pela posição vertical.</p> <p>As limitações do estudo devem-se a: as participantes do estudo de grupo, apesar de ser informadas e incentivadas</p>

	<p>a permanecer na posição vertical, também adotaram a posição supina em alguns períodos do trabalho de parto. E no grupo de controlo também foi permitido a mobilidade da mulher, dado que é uma política do hospital. Sendo este o motivo para a semelhança de resultados em ambos os grupos.</p> <p>Este estudo demonstra que deve ser encorajada a posição vertical, uma vez que as mulheres aceitaram bem, e é seguro para o feto. Não houve implicações negativas em relação à duração da primeira e segunda fase do trabalho de parto.</p> <p>No entanto, novos estudos precisam ser desenvolvidos sobre este assunto, a fim de chegar a um consenso sobre o efeito da posição materna durante de trabalho de parto, principalmente no que diz respeito ao bem-estar do feto e parturiente.</p>
--	--